

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA RESERPINE * EN PSYCHIATRIE

Résultats cliniques et électro-encéphalographiques

PAR

P. BORENSTEIN, M. DARBAH et D. BARE

L'importance grandissante en psychiatrie de nouveaux médicaments à action pharmacodynamique et les résultats signalés par les auteurs étrangers nous ont incités à entreprendre une étude systématique de la réserpine.

Notre étude, dont le début remonte à 1 an 1/2, a porté sur 300 malades présentant les troubles les plus divers.

Nous nous plaisons à souligner que, grâce aux nouvelles méthodes thérapeutiques : chlorpromazine et réserpine, dont les indications, à notre avis, sont différentes, le pronostic des syndromes aigus jusqu'aux états chroniques très dégradés s'est trouvé radicalement modifié.

Grâce au nouveau climat créé, on a pu supprimer les pavillons

* Nous remercions le Laboratoire CIBA qui a mis à notre disposition le serpasil nécessaire à notre expérimentation.

d'agitées chroniques ; les seuls éléments perturbateurs se limitent actuellement aux malades nouvellement hospitalisées.

Cette action de la réserpine s'est même avérée, chez certaines malades, dont les conditions d'habitat hospitalier étaient extrêmement précaires, d'une telle efficacité qu'une ergothérapie a pu être instaurée et maintenue, suivie d'une réinsertion sociale relativement importante, compte tenu des conditions familiales extrêmement difficiles.

En outre, une conséquence heureuse de cette thérapeutique est d'avoir réveillé l'intérêt du personnel infirmier ; spontanément, il incitait les malades à participer à la vie du service.

De très nombreuses sorties ont pu être effectuées. Des consultations de post-cure, suivies très régulièrement, ont permis de surveiller les malades guéries ou très améliorées.

Certaines malades, dont le traitement a pu être assez rapidement arrêté, n'ont plus présenté de rechutes ; chez d'autres, par contre, l'arrêt du médicament a déclenché au bout d'un temps, variable suivant les cas, une réapparition des troubles, rapidement, ou parfois plus tardivement, jugulée par la reprise de la réserpine. Il a été souvent nécessaire de continuer sans arrêt l'administration du produit, à la dose minima qui s'avéra active.

En aucun cas, malgré les doses relativement élevées, chez des malades réagissant favorablement, nous n'avons été obligés d'arrêter le traitement à cause d'une complication grave ou mettant en jeu le pronostic vital.

Sur les 300 malades traitées, 200 ont été suivies régulièrement à l'électro-encéphalogramme.

Nous tenons à signaler, dès maintenant, que les différents dosages biologiques : glycémie, urée, phosphore, cholestérol, hémogramme, albuminurie, glycosurie, ont été influencés dans les limites physiologiques. Une surveillance bi-quotidienne a permis de suivre l'action de la réserpine sur le pouls, la tension artérielle et la température, ainsi que les variations de ces facteurs en fonction de l'évolution clinique.

POSOLOGIE ET CONDUITE DU TRAITEMENT

Les doses utilisées ont été déterminées par le syndrome mental, l'âge et les réactions individuelles des malades (pouls, tension artérielle et température).

Les doses de départ variaient de 1 à 3 mgr. et étaient progres-

sivement portées à 5, 7, 9 ou 12 mgr., rarement à 15 et 17 mgr., par jour.

La dose efficace une fois atteinte, il était nécessaire de la maintenir un certain temps — entre 15 jours et 2 mois — avant de pouvoir descendre à un taux d'entretien. La diminution se faisait progressivement et la dose minima n'était atteinte que par tâtonnement. Très souvent, une différence de 1 mgr. — à des doses très faibles d'entretien de l'ordre de 3 à 5 mgr. — suffisait à rompre l'équilibre et entraînait une réapparition du syndrome mental.

Une posologie de 0,50 à 2 mgr. était utilisée chez un certain nombre de malades présentant des syndromes démentiels d'étiologies les plus diverses.

Certains auteurs ont préconisé des doses beaucoup plus élevées, allant de 10 à 20 mgr. par jour et même plus. Personnellement, nous n'avons jamais été obligés d'atteindre un tel taux. Il ne nous semble pas qu'une malade, réfractaire aux doses moyennes utilisées, soit sensible à des doses plus élevées.

Trois modes d'administration ont été utilisés : *per os*, intramusculaire et intraveineux.

Le traitement oral, employé dès le début chez la plupart des malades, était réparti dans la journée par doses fractionnées, entre 8 heures et 21 heures, sans que nous ayons constaté d'intolérance gastrique.

La voie intramusculaire a été utilisée chez les malades opposantes. L'amélioration, plus rapidement constatée par cette voie, nous a ensuite incités à l'utiliser systématiquement dans certains cas aigus ou opposants.

La résorption du produit n'a jamais donné lieu à une réaction ou complication locale.

La voie intraveineuse n'a pas été utilisée comme moyen thérapeutique, mais réservée à l'étude de l'action immédiate du produit sur l'électro-encéphalogramme et des effets neuro-végétatifs.

INCIDENTS AU COURS DU TRAITEMENT

Les incidents au cours du traitement étaient de type très divers et de gravité variable.

Les modifications les plus frappantes concernaient la température, le pouls et la tension artérielle.

La courbe normale de la température s'est modifiée : diminution de la différentielle entre les prises bi-quotidiennes et baisse

générale au-dessous de 37° . Dans de très rares cas, on notait des hypothermies au-dessous de 36° , de l'ordre de $35^{\circ}4$ maximum.

Le pouls a vu des modifications spectaculaires, surtout en ce qui concerne sa fréquence, son rythme et son amplitude restant invariables. Chez toutes les malades, des chutes importantes ont été constatées, et une véritable bradycardie s'est installée, atteignant parfois des chiffres de 42 par minute, dans des cas rares cependant.

Un autre fait nous semble intéressant à signaler : des remontrées brusques de pouls aux environs de 100 durant 24 heures.

La tension artérielle (mesurée avec un appareil à colonne de mercure) a montré des modifications importantes. Dès les premières prises de la réserpine, une chute était constatée, portant aussi bien sur la maxima que sur la minima.

Par la suite, chez presque toutes les malades, la baisse de la maxima s'accompagnait d'une élévation de la minima et un pincement de la différentielle, parfois impressionnant, était constaté. Il n'y avait pas de corrélation entre l'importance des doses et la chute de la tension artérielle.

Chez les malades hypertendues, la chute de tension artérielle était plus marquée, sans jamais atteindre une hypotension franche.

A partir d'un mois de traitement, on notait une variation de la tension artérielle, prenant une allure sinusoïdale, dont l'oscillation, d'une durée de 10 jours, intéressait simultanément la maxima et la minima.

Quant à l'injection unique par voie intraveineuse de 5 mgr. de réserpine, elle est sans influence sur ces trois facteurs.

Nous n'avons jamais constaté d'incidents cardio-vasculaires d'une certaine gravité, nécessitant une interruption immédiate du traitement, même chez les malades porteuses d'une cardiopathie chronique.

Une forte proportion de malades a présenté des étourdissements plus ou moins accentués, avec parfois sensation vertigineuse allant jusqu'à la lipothymie.

Ces incidents correspondaient à une chute de la tension artérielle et à un pincement de la différentielle. La bradycardie extrême ne semblait pas avoir de rapports avec ces incidents à caractère lipothymique.

La fréquence et la gravité de ces lipothymies pouvant aller jusqu'à des syncopes prédominaient nettement dans les syndromes démentiels et dans les schizophrénies d'évolution ancienne.

Chez ces malades, des crises comitiales (avec électro-encéphalogramme caractéristique) se sont produites d'une façon assez fréquente. Un ictus suivi d'une hémiplégie transitoire a été la complication majeure dans deux cas de démence, artériopathique et presbyophrénique.

De même, nous avons constaté une fréquence plus grande des lipothymies chez un certain type de schizophrènes, surtout celles dont l'évolution était très ancienne et la malade très dégradée.

Des crises comitiales, soit plus fréquentes, soit survenant pour la première fois, ont été constatées chez ce même type de malades.

C'est seulement chez certaines malades (schizophrénies dégradées, démences séniles, mélancolies d'involution) que nous avons constaté un faciès inexpressif, figé, attitude soudée, pauvreté des mouvements, absence de mouvements automatiques d'accompagnement, tremblement des extrémités. A ce tableau clinique s'ajoutaient parfois la sialorrhée et la somnolence qui pouvaient aussi apparaître isolément. Le caractère particulier de cette somnolence consistait en la facilité avec laquelle elle disparaissait à la moindre incitation et n'avait pas de rapport direct avec les doses employées.

La sialorrhée a pu être facilement réduite par la réduction de la posologie.

Cet ensemble de signes pathologiques considéré par les auteurs suisses et américains (Steck, Bleuler, Mielke, Sainz) comme un syndrome extra-pyramidal, voire parkinsonien, pouvant aussi, à notre avis, évoquer un syndrome catatonique, ne semble pas avoir de rapports directs avec les doses utilisées, contrairement à l'opinion des auteurs précités.

Une amélioration extrêmement importante a été notée chez toutes les malades, en ce qui concerne le sommeil. Un sommeil plus régulier a été obtenu très rapidement, même chez les malades les plus agitées. Mielke signale qu'à fortes doses, il a remarqué des troubles du sommeil, du même type que ceux constatés au cours de l'encéphalite léthargique : somnolence diurne et insomnie avec tendance à l'agitation nocturne. Pour notre part, même avec des doses très élevées et prolongées, nous n'avons jamais noté de tels troubles.

Comme la plupart des auteurs le signalent, nous n'avons jamais pu obtenir une narcose.

Les réflexes à la lumière et la convergence étaient inchangés et la constriction pupillaire signalée par Bein et de Smedt n'a pas été retrouvée.

Un certain nombre de malades se plaignent « d'impossibilité de rester en place », les obligeant à se promener de long en large à cause des impressions désagréables et imprécises qu'elles ressentent : fourmillement, impression de courant électrique, crampes, douleurs musculaires et articulaires.

D'autres, par contre, accusent une asthénie extrême, sans rapport avec une chute tensionnelle.

Rares ont été les troubles de l'articulation verbale. Chez quatre malades seulement, nous avons noté, soit l'accentuation d'un bégaiement préexistant, soit son apparition, et, dans deux cas, une véritable dysarthrie.

Des troubles sphinctériens ont été constatés dans un nombre très limité de cas : incontinence urinaire ou fécale. Ces troubles apparaissent seulement dans les états démentiels et chez quelques rares schizophrènes.

Nous ne pouvons signaler qu'un seul cas de guérison d'une énurésie rebelle à tout traitement, effet déjà signalé par Lambros.

L'apparition des œdèmes a été un des incidents les plus précoces, bien qu'inconstant : œdème surtout malléolaire, blanc, dur.

Au niveau de la face, on notait une pâleur avec importante infiltration des téguments de type myxœdémateux.

Ces œdèmes, couramment signalés par tous les auteurs, disparaissent par la suite. Les examens systématiques, faits chez ces malades, n'ont montré aucune atteinte rénale.

Chez toutes nos malades, une augmentation de l'appétit n'atteignant pas la boulimie a été constatée, coïncidant avec une augmentation de poids.

Parmi les troubles digestifs, les nausées et les vomissements étaient extrêmement rares, et, dans ce cas, très difficiles à mettre sur le compte de la réserpine. Par contre, les diarrhées étaient très fréquentes, mais facilement jugulées, soit par une médication symptomatique, soit par la suppression momentanée de la réserpine.

Cette augmentation du péristaltisme intestinal a eu un effet favorable sur les constipations opiniâtres, si fréquentes chez d'autres malades.

Très rarement, larmoiement et rougeur de la face ont été notés, de même que quelques cas d'hyperhidrose intense des extrémités.

Aucun trouble menstruel n'est à signaler. Par contre, un certain nombre de malades ont présenté des galactorrhées abondantes et relativement de très longue durée.

Certaines manifestations allergiques se sont produites et, parmi celles-ci, deux cas d'eczéma généralisé prurigineux et une réapparition des crises, très intenses et spectaculaires, chez une asthmatique, sans crises depuis le début de ses troubles mentaux.

L'arrêt momentané du traitement et l'application d'une médication symptomatique ont fait disparaître l'eczéma, et sa reprise n'a plus provoqué de manifestations allergiques.

Un arrêt de la réserpine chez notre malade asthmatique a eu pour effet une baisse spectaculaire des crises avec cependant une réapparition des troubles psychiques.

La réserpine a pu être reprise associée à la cortisone, et une amélioration de l'asthme et du syndrome mental a pu être obtenue. Nous avons rapidement substitué à la cortisone des antihistaminiques de synthèse avec des résultats semblables.

Un fait extrêmement important à souligner est l'absence de tout phénomène allergique chez le personnel soignant.

Les injections intraveineuses de 5 mgr. de réserpine nous ont servi (comme nous le signalions plus haut) pour étudier l'action immédiate de ce produit sur l'électro-encéphalogramme et les modifications neuro-végétatives. La dose de 2 mgr. 1/2 que nous avons primitivement utilisée s'était révélée insuffisante.

L'action sur l'électro-encéphalogramme fera partie d'un chapitre spécial.

Les phénomènes neuro-végétatifs constatés apparaissaient au bout d'une heure : cyanose intense du visage, impression de protrusion des globes oculaires, aspect subictérique des conjonctives, larmoiement, congestion nasale.

Ces phénomènes s'accompagnaient d'une sensation de chaleur intense au niveau de la face. Ils s'accroissaient progressivement pour atteindre leur maximum à la deuxième heure, à partir de laquelle une diminution progressive s'amorçait. De plus, on notait une démarche hésitante, comparable à la démarche ébrieuse, de courte durée.

La tension artérielle et le pouls ne subissaient aucune modification.

Pour empêcher les manifestations d'ordre cardio-vasculaires (chute de la tension artérielle, bradycardie) et des lipothymies, nous avons associé une médication symptomatique : toni-cardiaques, extraits surréniaux. Nous employons actuellement le chloro-heptaminol, qui semble donner des résultats plus efficaces.

Les différents essais thérapeutiques pour éliminer les œdèmes

se sont avérés sans effet, à l'exception de l'extrait thyroïdien, qui en plus avait une action favorable sur la bradycardie.

L'adjonction de l'extrait thyroïdien à la réserpine a été étendue, à titre préventif, à toutes nos malades. Ceci pourrait expliquer la rareté des œdèmes que nous avons constatés.

RÉSULTATS CLINIQUES

Avant d'aborder l'étude des effets de la réserpine sur les différents syndromes mentaux, ses indications et ses contre-indications, nous tenons à signaler les résultats extrêmement favorables obtenus par son action tranquillissante sur la vie d'un service hospitalier dans sa structure actuelle.

Cet heureux effet a déjà été noté par la plupart des auteurs (Noce et coll., Fouks et coll.).

Les pavillons d'agitées et de demi-agitées ont vu très rapidement leur ambiance transformée. Ce changement était caractérisé par une disparition complète de l'agitation individuelle et collective, une diminution et une disparition des conflits entre les malades, une possibilité de contact affectif entre les malades et le personnel soignant. L'élément perturbateur sporadique était critiqué et mis à l'index par ses compagnes. L'effet d'une sociabilité plus grande était la deuxième manifestation frappante. Les revendications, les plaintes orales et par écrit ont, au fur et à mesure, notablement diminué, jusqu'à une disparition complète.

Un autre fait saillant est l'extériorisation de l'affectivité, même chez des malades dégradées. Spontanément, elles manifestaient le désir d'avoir une activité utile ; leur participation de plus en plus importante à la vie du service a permis la création de nouveaux ateliers : couture, tricot, broderie.

Les promenades individuelles, aussi bien au dehors qu'à l'intérieur de l'établissement, ont pu être étendues à un très grand nombre de malades, autrefois confinées dans leur chambre.

L'amélioration clinique obtenue aurait permis davantage de sorties, si des considérations d'ordre familial n'intervenaient pas.

Le groupe des schizophrènes que nous avons traitées se composait de 72 malades dont l'affection remontait à 5, 10 et 20 ans, à 2 ans seulement pour cinq d'entre elles. Elles avaient toutes subi des traitements d'électrochoc et des cures d'insuline, et huit, une lobotomie bilatérale.

Une seule malade non lobotomisée, et dont l'évolution remontait à plus de 10 ans, présente des crises épileptiques relative-

ment fréquentes, contrôlées par l'électro-encéphalogramme et traitées par une médication anticomitiale.

C'est chez les schizophrènes que les résultats ont paru les plus spectaculaires ; l'agitation, les impulsions et l'agressivité ont été les premiers phénomènes influencés. D'autres malades, inertes, indifférentes, malpropres, hostiles, devenaient calmes, soucieuses de leur tenue et manifestaient même, par à-coup, un intérêt aux activités du service.

Le contact avec ces schizophrènes en résultait et des échanges fragmentaires devenaient possibles.

Les hyperkinésies se traduisant par des stéréotypies gestuelles et mimiques disparaissaient dans tous les cas.

Cette amélioration était constatée après un temps variable de 15 jours à 6 semaines.

Par la suite, on assistait à la diminution et même la disparition du trouble du courant de la pensée et des phénomènes psycho-sensoriels. Une régression plus ou moins complète de l'autisme amenait une réinsertion plus grande au réel, et des conversations suivies devenaient accessibles. Parfois, une persistance des idées délirantes s'exprimait dans un langage encore symbolique. D'autres fois, le langage redevenait cohérent.

Cette deuxième période se situait, selon les cas, entre trois semaines et deux mois.

Cette progression par étapes n'atteignait pas toujours la guérison et permettait seulement une intégration plus complète dans la vie du service.

Pour certaines, l'amélioration s'accroissait au fur et à mesure, allant jusqu'à une véritable guérison, et permettait soit une sortie définitive, soit des congés de plus ou moins longue durée, suivant les possibilités familiales.

Il nous a semblé, comme à Hollister, que les guérisons les plus spectaculaires et les plus rapides s'obtiennent dans les cas où l'évolution est la plus récente.

Par contre, notre point de vue diverge de celui de l'auteur qui considère que l'administration de la réserpine au-delà du 4^e mois, dans les schizophrénies d'évolution ancienne, peut amener de nouveaux progrès ; nous pensons plutôt qu'un effet maximum est atteint dès les 3^e et 4^e mois et qu'aucun élément nouveau en faveur d'une guérison plus complète n'est obtenu malgré la poursuite du traitement au-delà d'un an.

Chez les lobotomisées, l'amélioration, plus tardive, apparaissait seulement au bout de trois mois environ. Par contre, les

résultats définitifs étaient excellents, sauf dans un cas. Nos résultats semblent plus favorables que ceux rapportés par Mielke.

Deux malades, chez lesquelles aucune notion d'épilepsie n'a pu être retrouvée dans l'anamnèse, ont présenté au bout de deux mois de traitement, malgré l'amélioration psychique relativement importante, des crises comitiales avec électro-encéphalogramme caractéristique.

L'association d'anticomitiaux a permis la continuation de la réserpine et des améliorations plus complètes ont pu être obtenues.

Sur 72 malades traitées, dont 5 hospitalisées seulement depuis deux ans environ, 20 malades ont pu quitter le service et sont suivies régulièrement par notre service social et nos consultations de post-cure.

Parmi 52 autres malades, 10 auraient pu bénéficier d'une sortie, mais les conditions familiales étaient défavorables ; les autres sont très nettement améliorées par rapport à leur état antérieur. Cette amélioration importante est peut-être fonction du fond mental et de l'affaiblissement intellectuel sous-jacent.

Les rechutes dans les syndromes schizophréniques après l'arrêt de la réserpine sont quasi-constantes, se manifestant parfois au bout de quelques jours, d'autres fois au bout de deux à trois mois. La reprise du médicament à ce moment-là semble avoir une action plus lente et parfois n'aboutit pas aux résultats précédemment obtenus.

A priori, la continuation indéterminée du traitement nous semble indispensable, et des arrêts, même de très courte durée, devraient être évités.

Un autre groupe de 50 malades, comprenant des délires chroniques, délires d'interprétation, des psychoses hallucinatoires systématisées, paranoïdes et paraphréniques, ont bénéficié de la réserpine.

Dans les délires d'interprétation, l'action du médicament se manifestait par une diminution des éléments délirants, un appauvrissement des interprétations et une atténuation importante du fond mental hypersthénique et paranoïaque, permettant une psychothérapie. Par la suite, la structure délirante s'effondrait et une critique, admettant l'origine pathologique des idées, était faite par la malade elle-même. Sur nos quatre malades traitées pendant deux mois seulement, deux sont sorties et n'ont pas présenté de rechute depuis six mois.

Les psychoses hallucinatoires chroniques (20 cas) ont été

influencées d'une façon variable. Une amélioration rapide se traduisait par une disparition de l'anxiété et une sociabilité plus grande.

Ce résultat était en rapport avec une baisse de la tonalité affective à l'égard des phénomènes hallucinatoires, plus ou moins atténués. Par la suite, envers les idées délirantes toujours bien systématisées, s'installait une véritable indifférence ; les revendications et plaintes avaient disparu.

Un succès plus marquant a été obtenu dans la série des psychoses paranoïdes (20 cas), paraphréniques (10 cas). La baisse de la sub-excitation était suivie d'une diminution des phénomènes psycho-sensoriels, entraînant celle des idées délirantes.

La dissociation du langage elle-même a été favorablement influencée.

De très nettes améliorations ont été obtenues chez toutes les malades et cinq ont pu quitter le service, considérées comme guéries.

Contrairement à la plupart des auteurs, nous pensons que l'action de la réserpine est d'une efficacité relative dans les syndromes maniaco-dépressifs.

Les états dépressifs simples, les états mélancoliques ont été, dans tous nos cas, aggravés d'une façon rapide et parfois même spectaculaire. L'anxiété, le refus d'aliments, le mutisme, l'asthénie ont été aggravés dès les premiers jours du traitement.

Certaines malades réalisaient parfois un véritable tableau de stupeur mélancolique, d'autres un syndrome confuso-anxieux avec négativisme, opposition, gâtisme. Cette aggravation ne semblait pas en rapport avec des modifications tensionnelles importantes.

Il nous semble intéressant d'attirer l'attention sur les travaux de Freis et de Nick et de les rapprocher de nos constatations. Ces auteurs ont décrit soit une apparition, soit une aggravation importante des troubles mentaux de la série dépressive chez les hypertendus traités à la réserpine. Dans tous leurs cas, ils ont trouvé des antécédents psychopathologiques de la série dépressive.

La continuation du traitement au-delà de 8 à 15 jours faisait apparaître les signes, que d'aucuns ont rapprochés du « syndrome extra-pyramidal » (Steck, Bleuler, Mielke, Weber, de Smedt).

Par contre, les syndromes d'excitation de type maniaque semblent bénéficier de la thérapeutique serpasilique. Nos constata-

tions ne sont pas en parfaite concordance avec certains auteurs : Delay, Mielke, Fouks, Maurel et de Smedt, qui trouvent dans les états maniaques une des indications de choix de ce médicament.

Malgré de très hautes doses, analogues à celles préconisées par Maurel, nous n'avons jamais obtenu ni de guérisons, ni d'améliorations dans les états d'excitation maniaque avec agitation ou confusion.

Quelques résultats ont été notés sur la logorrhée, la fuite des idées, la sub-excitation psychique, dans les états d'excitation maniaque simples. Malgré la poursuite du traitement, pendant une durée relativement longue, aucune guérison véritable n'a pu être obtenue.

Tout autres étaient les résultats dans les manies chroniques, même celles où un syndrome dissociatif existait. Assez rapidement, une cessation de la sub-excitation, de la logorrhée a été obtenue, suivie d'une disparition des troubles du langage et des idées délirantes.

L'interruption du traitement déclenchait par contre, dans un délai très rapide, une réapparition du syndrome avec tous ses éléments ; la reprise de la réserpine jugulait relativement vite ces états de manie chronique. Un traitement ininterrompu nous semble actuellement nécessaire pour maintenir la guérison.

D'excellents résultats ont de même été obtenus chez des hypomaniaques.

En ce qui concerne la confusion mentale, avec ou sans hyperazotémie, les résultats étaient variables, peu probants. Seuls, deux cas de confusion mentale simple sans hyperazotémie ont bénéficié d'une prompte guérison.

Les bouffées délirantes polymorphes (20 cas) semblent être une autre indication intéressante. Très vite, disparaissent la sub-excitation et la sub-confusion : les phénomènes hallucinatoires et les idées délirantes avec leurs thèmes polymorphes.

La guérison obtenue, le traitement a pu être supprimé sans que nous ayons constaté de rechute.

Sur les troubles du caractère et du comportement avec fond névrotique, la réserpine a eu un effet « normalisant ».

La disparition des réactions antisociales a permis de résoudre plus aisément le reclassement difficile de ces malades. Aucune crise convulsive n'a été signalée dans ces cas malgré des tracés électro-encéphalographiques pathologiques, non comitiaux.

Chez les épileptiques (30 cas), les travaux de Kirkpatrick et de Zimmerman nous ont incités à associer la réserpine aux barbi-

turiques. La médication anticonvulsive a été maintenue à une dose constante pendant toute la durée de cet essai.

Chez toutes les malades, nous avons constaté une diminution, voire une disparition complète, de la viscosité et de la lenteur de l'idéation. Quant aux troubles du comportement, l'amélioration s'est manifestée seulement dans 13 cas sur 30.

Dans un seul cas après une période d'obnubilation, les crises se sont aggravées, provoquant un véritable « état de mal », avec coma profond de plusieurs jours. Les différentes médications symptomatiques instituées après arrêt de la réserpine se sont avérées inefficaces. Les premiers signes de « torpeur » ont coïncidé avec une aggravation très nette de l'électro-encéphalogramme avec inscription d'un delta monomorphe continu. Une vérification anatomique s'est révélée négative.

Le bénéfice insuffisant (atténuation de la viscosité) et les inconvénients multiples (augmentation du nombre de crises, incidents possibles) nous ont incités à restreindre l'emploi de la réserpine aux seules malades suivies à l'électro-encéphalogramme.

L'apparition de bouffées de delta monomorphe, fréquemment observée, ne serait pas un facteur d'aggravation. Seule, une disparition complète du rythme de fond $\theta\alpha$, et son remplacement par un rythme delta monomorphe continu, serait une contre-indication formelle.

Les résultats favorables signalés par Sainz nous ont amenés à compléter notre étude clinique et électro-encéphalographique par les démences séniles et artériopathiques.

Nous n'avons jamais dépassé de doses supérieures à 3 mgr., les doses moyennes étant de 0,75 à 2 mgr.

La diminution de la sub-excitation ou de l'agitation a été le seul résultat positif. Cependant, un certain nombre d'accidents d'une réelle gravité diminuait fortement les possibilités d'emploi de cette thérapeutique : dès les premiers jours, une aggravation a été constatée chez toutes les malades, même chez celles où dominait la sub-excitation. Cette aggravation se caractérisait par l'accentuation de l'anxiété, de la confusion, de l'asthénie, le refus d'aliments, l'apparition d'un gâtisme. Une somnolence de plus en plus grande, allant jusqu'à la prostration, complétait ce tableau clinique.

De plus, chez certaines malades, un syndrome moteur de la « série extra-pyramidale » apparaissait.

En outre, nous avons observé deux complications majeures :

ictus suivis d'hémiplégie régressive (2 cas) et crises comitiales, rencontrées aussi bien dans les formes artériopathiques que dans les formes démentielles pures.

Devant la gravité de tels accidents, nous pensons que les syndromes démentiels ne peuvent bénéficier de cette thérapeutique.

Nous voudrions terminer cette étude clinique en signalant l'intérêt qu'il y a parfois à associer chlorpromazine et réserpine.

Des essais de traitement simultané nous ont paru inefficaces ; abattement, fatigabilité, asthénie profonde, somnolence continue sont les effets obtenus.

Par contre, nous avons obtenu des résultats intéressants dans les psychoses hallucinatoires chroniques, paranoïdes et parapréniques, par l'emploi successif de chlorpromazine, puis de réserpine. Le traitement débutait par deux injections intramusculaires de 100 mgr. par jour de chlorpromazine, pendant 15 jours environ, jusqu'à l'atténuation ou la disparition complète des idées délirantes et des phénomènes psycho-sensoriels. La réserpine, substituée à ce moment-là, permettait d'obtenir des résultats plus durables qu'un traitement prolongé de chlorpromazine.

Le même schéma thérapeutique utilisé dans les états maniaques avec agitation rebelle à la chlorpromazine a donné des effets saisissants. Dès la première prise de la réserpine seule, parfois 24 à 48 heures après, un arrêt de l'agitation et une guérison sans rechute en résultaient.

C'est dans ces deux types de syndrome qu'il nous paraît intéressant d'employer successivement chlorpromazine et réserpine.

ETUDE ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIQUE

Un certain nombre d'auteurs se sont déjà intéressés à l'action possible de la réserpine sur l'électro-encéphalogramme.

Delay et coll., chez les malades mentaux, Dennison et coll., chez les hypertendus, ne signalent aucune modification. Hess décrit un léger ralentissement du rythme et, dans trois cas seulement, une apparition d'un thêta-delta. Bente et coll., dans un travail portant sur 30 cas sous traitement continu, pendant quatre mois, notent d'une façon constante, chez tous les sujets, un appauvrissement en rythme alpha et l'inscription de bouffées de thêta-delta sinusoïdal. Ces bouffées apparaissaient surtout dans les régions frontales et pré-centrales et diffusaient en arrière au niveau des pariétales ; un rythme « alpha ralenti » persistait au

niveau des occipitales. Enfin, ces auteurs signalent l'apparition de bouffées de θ avec une baisse de l'amplitude, une heure après l'injection intraveineuse de la réserpine.

Notre étude porte sur 200 malades, suivies régulièrement à l'électro-encéphalographie, et environ 1.500 tracés ont été enregistrés.

Nous avons pu ainsi étudier les modifications immédiates consécutives à une injection intraveineuse de la réserpine et celles obtenues au cours d'un traitement continu.

Les enregistrements se faisaient sur un appareil Alvar à 10 plumes, dont la vitesse de déroulement était de 15 mm./sec. et l'amplification utilisée, de 50 micro-volts, correspondait à 5 mm.

Trois types de montage utilisés couramment dans le laboratoire ont été systématiquement employés à chaque enregistrement : montage longitudinal, montage transverse et à grandes distances inter-électrodes avec électrode commune vertex.

La stimulation lumineuse intermittente a été utilisée à chaque fois avec le stroboscope Alvar : fréquence de départ 3 éclats par seconde avec augmentation progressive par unité jusqu'à 25, pour décroître par la suite.

Une injection intraveineuse unique a été faite chez 75 malades, comprenant surtout des épileptiques et des caractérielles, de rares schizophrènes, des maniaco-dépressives et des démentes.

La technique utilisée consistait en une injection intraveineuse lente, de 5 mgr. de réserpine, avec enregistrement toutes les heures jusqu'à la deuxième heure. Un essai d'enregistrement au-delà de la deuxième heure montrait seulement un retour progressif au tracé de départ.

La prise de la tension artérielle toutes les demi-heures n'a mis en évidence que des variations négligeables. Les troubles neuro-végétatifs apparaissant une heure après l'injection ont été signalés plus haut.

Sur 30 cas d'épilepsie, cette épreuve de la réserpine s'est avérée extrêmement intéressante.

La figure 1 montre trois tracés (A, B, C) avant l'injection intraveineuse de réserpine et ses modifications deux heures après (A', B', C').

On peut voir dans le premier cas (A) l'aggravation extrêmement importante produite avec l'apparition de pointes-ondes ébauchant une localisation de signes pathologiques au niveau de la région temporale droite (A') ; les bouffées dysrythmiques et

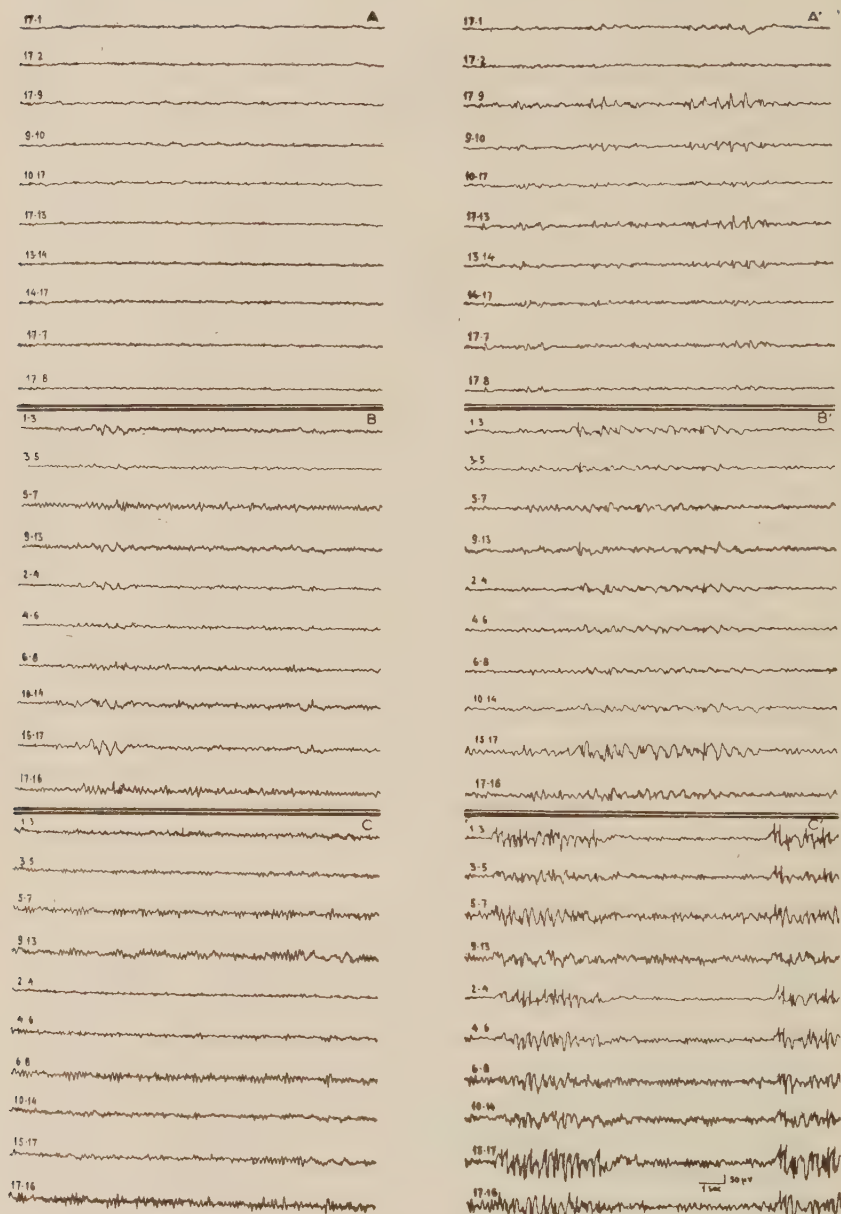


FIG. 1. — Epreuve de réserpine intraveineuse, 5 mg.
Epilepsie, 3 cas. A B C, avant ; A' B' C', 2 h. après l'injection : apparition de pointes-ondes en foyer, d'un rythme lent, avec des pointes-ondes diffuses, bouffées de pointes-ondes et pointes-ondes dégradées.

les pointes-ondes (B) sont très nettement accentuées (B') dans le deuxième cas. Enfin, sur le tracé C, considéré comme étant à la limite de la normale, la réserpine a fait apparaître des bouffées de pointes-ondes et des pointes-ondes dégradées.

Ces différents types d'aggravation se retrouvent chez la plupart de nos épileptiques.

Cette épreuve a été étendue chez 10 malades présentant des troubles du caractère et du comportement sur un fond névrotique. Malgré le tracé de départ riche en pointes, en bouffées de θ hypersynchrone, l'injection de réserpine ne provoquait qu'un ralentissement du rythme et l'inscription d'un θ presque continu.

A aucun moment, le tracé ne permettait d'évoquer une comitialité.

Chez les schizophrènes, cette épreuve apportait peu d'éléments, sauf une ébauche de ralentissement du rythme de fond. Par contre, chez celles présentant en plus des crises comitiales, malgré la disparition complète des crises et la normalisation du tracé (fig. 2 A), sous traitement barbiturique, l'injection intraveineuse provoque des bouffées de pointes-ondes dégradées diffuses (fig. 2 A').

Cette activation s'est avérée peu efficace dans les syndromes les plus variés : maniaco-dépressifs, démences, délires d'interprétation, psychoses hallucinatoires.

Notre attention a été, par contre, attirée par l'intérêt que pouvait présenter cette activation chez un certain nombre de malades (à l'exception des épileptiques) dont le syndrome était variable, mais qui présentaient toutes, à la stimulation lumineuse intermittente, des polypointes se traduisant cliniquement par des myoclonies, le tracé de repos étant le plus souvent normal. Dans certains cas (fig. 2 B, B', délire hallucinatoire), le tracé de repos était sensiblement normal et, à la stimulation lumineuse intermittente, on notait de nombreuses polypointes se traduisant par des myoclonies. L'injection intraveineuse de réserpine faisait apparaître sur le tracé de repos un rythme de polypointes, type grand mal, prédominant au niveau des régions occipito-temporales droites, avec une nette diffusion à l'hémisphère opposé ; en même temps, au cours de la stimulation lumineuse intermittente, on notait une légère diminution du seuil d'excitabilité.

Chez d'autres malades, par contre, la réserpine injectée apportait — le tracé de repos restant sans changement — des réponses

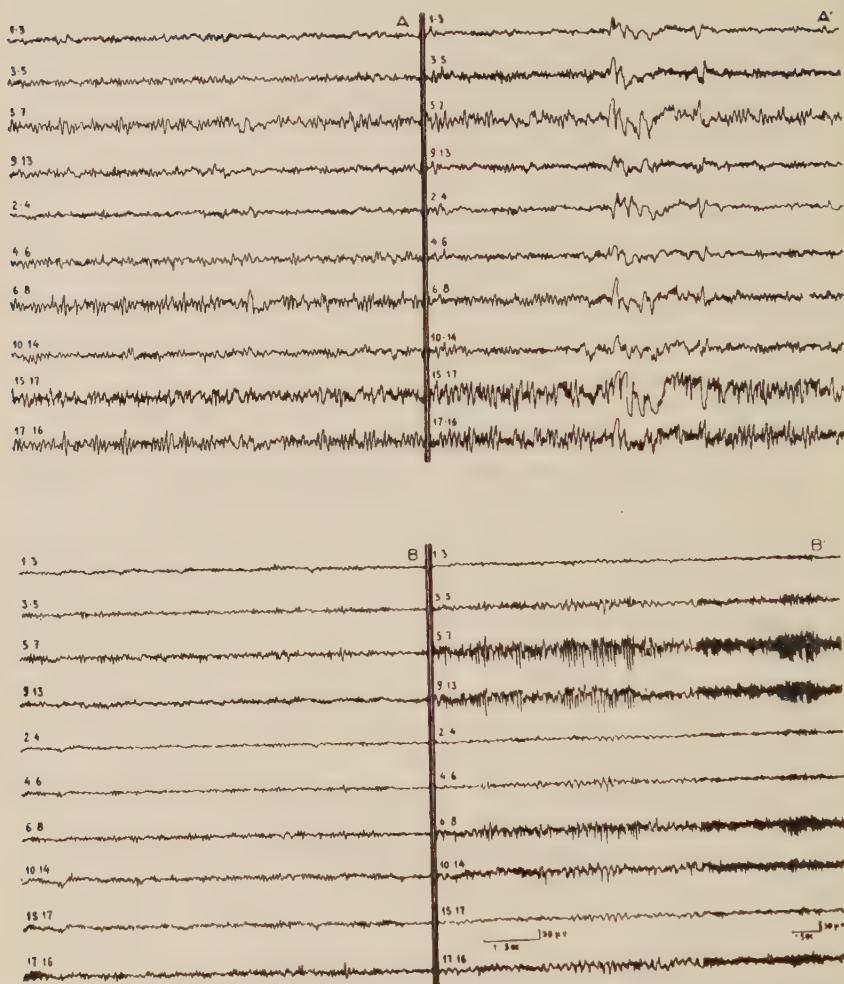


FIG. 2. — Epreuve de réserpine intraveineuse, 5 mg.

- Schizophrénie avec épilepsie apparue sous réserpine. Depuis, sous traitement barbiturique et sans réserpine (2 mois), A, A', 2 h. après l'injection : bouffées de dysrythmies sous l'aspect de pointes-ondes dégradées.
- Psychose hallucinatoire chronique, B, avant. B', modification complète du rythme de fond ; disparition de l'alpha, inscription de polypointes de grande amplitude au niveau de toutes les dérivations.

extrêmement variables au cours de la stimulation lumineuse. On notait soit une diminution importante, voire une disparition des myoclonies, et leur traduction électrique, soit une aggravation extrêmement nette avec apparition de secousses localisées

diffusant à d'autres groupes musculaires et se terminant par une crise généralisée, se traduisant à l'électro-encéphalogramme par un rythme de grand mal. En aucun cas, nous n'avons pu faire apparaître des myoclonies chez des sujets dont la stimulation était négative avant l'injection de réserpine.

Malgré le nombre restreint de cas (30 cas d'épilepsie), il nous semble que la réserpine par voie intraveineuse, en injection unique de 5 mgr., peut être utilisée comme activateur chimique chez des sujets à crises atypiques et dont l'électro-encéphalogramme est à la limite de la normale.

Par contre, son action sur les myoclonies, à la stimulation lumineuse, en dehors des syndromes épileptiques, nous paraît trop variable pour nous permettre de tirer des conclusions.

Sous traitement continu, les modifications électriques apparaissent au bout d'un certain temps de latence, variant entre 6 et 12 jours. Pour cette raison, les enregistrements électro-encéphalographiques ont été effectués à huit jours d'intervalle environ les deux premiers mois, puis tous les mois.

Avant le début du traitement, un ou deux électro-encéphalogrammes ont été systématiquement pratiqués.

Nous avons suivi les syndromes suivants : schizophrénies (32 cas), épilepsies (30 cas), délires chroniques (15 cas), psychoses maniaco-dépressives (10 cas), bouffées délirantes et troubles caractériels (15 cas), démences diverses (20 cas).

En plus, des électro-encéphalogrammes de contrôle ont été faits chez des malades traitées, non suivies régulièrement, pour voir si les mêmes modifications apparaissaient dans tous les cas.

Avant d'aborder une étude plus détaillée en rapport avec le syndrome clinique, un certain nombre de constatations d'ensemble ont pu être faites dès les premiers 15 jours. A l'exception de cinq cas (quatre délires d'influence, une schizophrénie récente), les modifications intéressaient tous les tracés d'électro-encéphalographie.

La première constatation est une augmentation de l'amplitude suivie parfois de l'inscription d'un rythme alpha.

Dans d'autres cas, où préexistait un rythme alpha sinusoïdal localisé aux régions occipitales, on obtenait un enrichissement de ce même rythme avec une diffusion intéressant toutes les régions.

Un autre fait à noter est la disparition des asymétries hémisphériques temporo-occipitales à prédominance droite, fréquemment rencontrées chez les malades.

Le rythme bêta diminuait plus ou moins notablement et même disparaissait complètement.

La réaction d'arrêt, qui était dans de nombreux tracés plus variable, mais toujours peu marquée, devenait excellente.

Fréquemment, malgré un tracé antérieur normal, un ralentissement du rythme de fond et une prédominance d'un rythme thêta apparaissaient.

La stimulation lumineuse intermittente apportait très peu d'éléments, sauf, dans certains cas, dont nous parlerons plus loin, où apparaissaient des polypointes se traduisant cliniquement par des myoclonies palpébrales.

Il nous semble important de souligner, dès maintenant, que les transformations décrites plus haut, concernant le rythme, l'amplitude, la réaction d'arrêt, étaient fonction du tracé de départ. Des anomalies apparaissaient dès les premiers huit jours, s'accroissaient au fur et à mesure pour devenir constantes. Parfois l'aggravation électrique correspondait à une telle aggravation clinique qu'il nous a semblé prudent d'interrompre le traitement (surtout dans les cas de démences et d'épilepsies).

Sur les 72 schizophrènes traitées, 32 ont été suivies régulièrement à l'électro-encéphalographie. Elles comprenaient : huit lobotomisées et trois schizophrènes ayant présenté des crises comitiales, dont une avant la réserpine et deux autres sous l'effet du traitement.

Les figures 3, 4, 5, 6 illustrent les différents cas cités plus haut ; les figures 3 et 4 montrent les modifications les plus fréquemment rencontrées dans les cas de schizophrénies. Dans le premier cas (fig. 3 A), avec tracé de début normal, une augmentation importante de l'amplitude et une apparition de bouffées dysrythmiques sous l'aspect de pointes et d'ondes lentes apparaissent dès les premiers huit jours (B).

Ces dysrythmies s'accroissent, deviennent plus amples, changent d'aspect et apparaissent sous forme de bouffées de delta monomorphe, alternant avec un rythme thêta, avec en plus une disparition de l'alpha (C).

De nouvelles modifications apparaissent un mois après le début du traitement (D) : le rythme de fond est fait essentiellement d'alpha sinusoïdal, comparable à celui du début, avec toutefois persistance des bouffées dysrythmiques, ébauchant parfois un delta monomorphe.

Au bout de 1 mois 1/2 (E), de 2 mois 1/2 (F), des bouffées de delta monomorphe intéressent surtout les dérivations fronto-

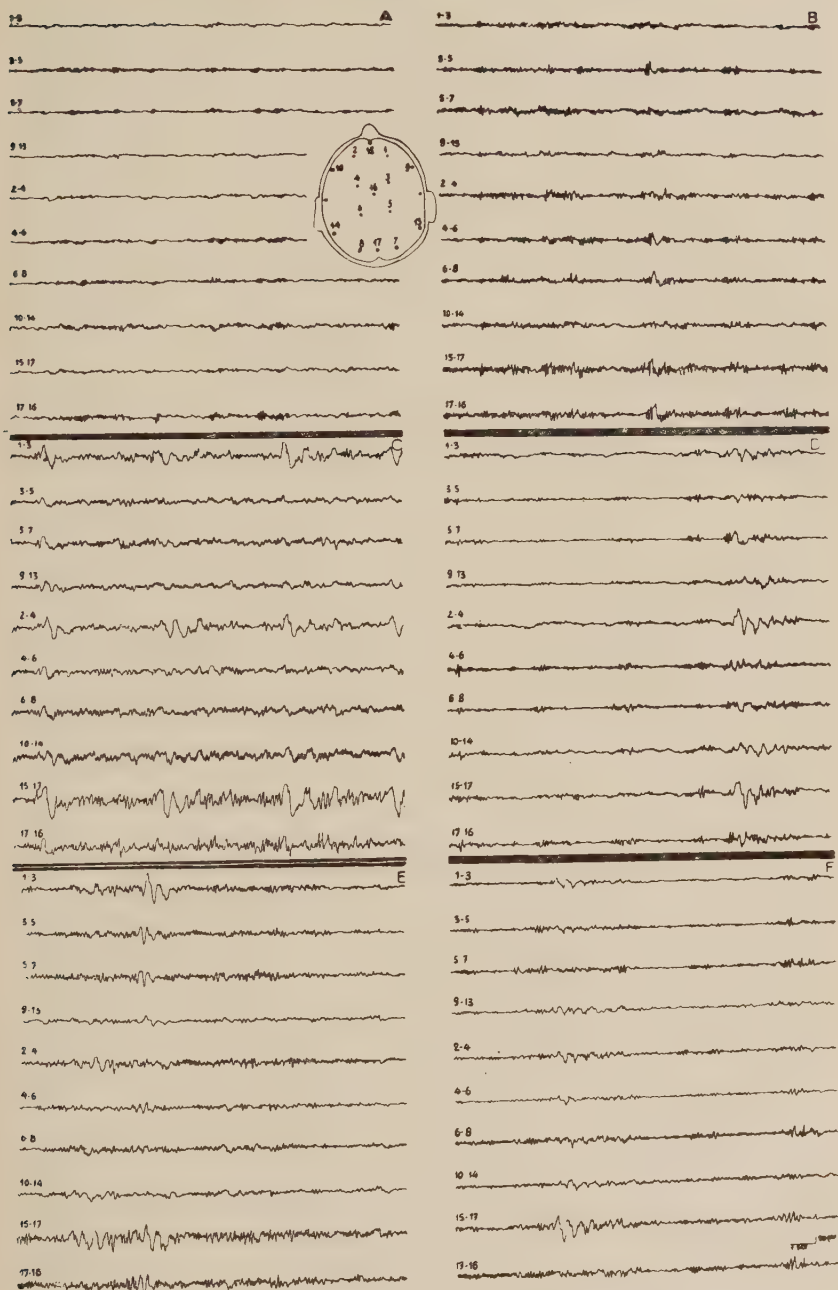


FIG. 3. — Schizophrénie, réserpine 5 mg. par jour.
 A, avant. B, 10 jours après. C, 20 jours. D, 1 mois. E, 1 mois 1/2. F, 2 mois 1/2 après. Modification des rythmes en fonction du temps.

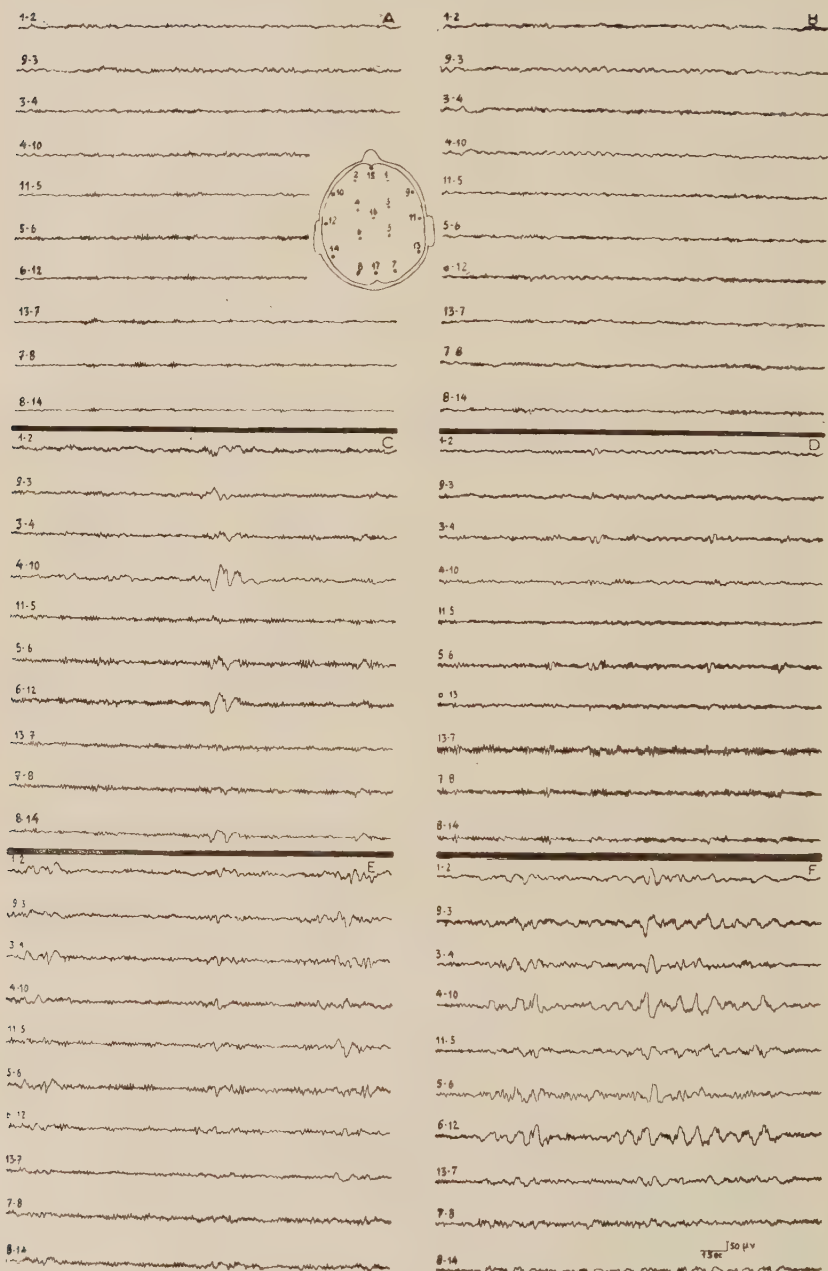


FIG. 4. — Schizophrénie, réserpine 5 mg. par jour.
A, avant. B, 10 jours après. C, 20 jours. D, 1 mois. E, 1 mois 1/2. F, 2 mois après. Autre type de modification.

temporales. Des dysrythmies avec pointes apparaissent dans les autres dérivations. Le rythme alpha, qui avait complètement disparu au bout de 20 jours et qui était réapparu, persiste entre ces bouffées.

La figure 4 montre l'évolution, sous réserpine, d'un tracé de départ relativement pathologique, caractérisé par de rares bouffées de delta monomorphe au niveau des temporales (A) ; une augmentation de l'amplitude et une diffusion de ces bouffées monomorphes, associées à une diminution du rythme alpha, sont constatées dès les premiers huit jours (B).

Des modifications variables apparaissent par la suite, intéressant aussi bien le rythme alpha que les bouffées monomorphes (C, E, D). Au bout de 2 mois 1/2, on note une disparition importante des rythmes alpha et l'inscription presque continue d'un delta monomorphe de très grande amplitude intéressant les deux hémisphères (F).

Sur les huit schizophrènes lobotomisées dont le tracé avant traitement était pratiquement normal, sauf la persistance des dysrythmies atypiques au niveau des régions frontales, diffusant parfois au niveau des régions temporales, l'aggravation se traduisait essentiellement par l'inscription de bouffées de delta monomorphe presque continues de très grande amplitude, diffusant plus nettement au niveau des régions temporales.

Sur les autres dérivations, aucune anomalie n'était constatée et il persistait un rythme alpha d'allure sinusoïdale dont l'amplitude seule variait (fig. 5, A, B, C, D).

Chez trois schizophrènes dont les crises comitiales ont apparu soit en cours d'évolution, soit deux mois après le début du traitement réserpinique, le tracé électro-encéphalographique subissait des modifications extrêmement importantes.

Dans le cas où la réserpine semble avoir joué un rôle déclenchant dans l'apparition des crises comitiales, des altérations importantes apparaissaient rapidement, se traduisant par une augmentation de l'amplitude généralisée : un aspect très pointu des rythmes avec de très nombreuses pointes, des bouffées de pointes-ondes dégradées et de pointes-ondes. L'association de barbiturique a permis la continuation du traitement en faisant disparaître les manifestations cliniques et en rendant le tracé beaucoup moins pathologique.

Le malade, qui avait présenté, au cours de son évolution, des crises comitiales, disparues sous traitement barbiturique, montrait à l'électro-encéphalogramme (fig. 6 B) de rares ébauches de

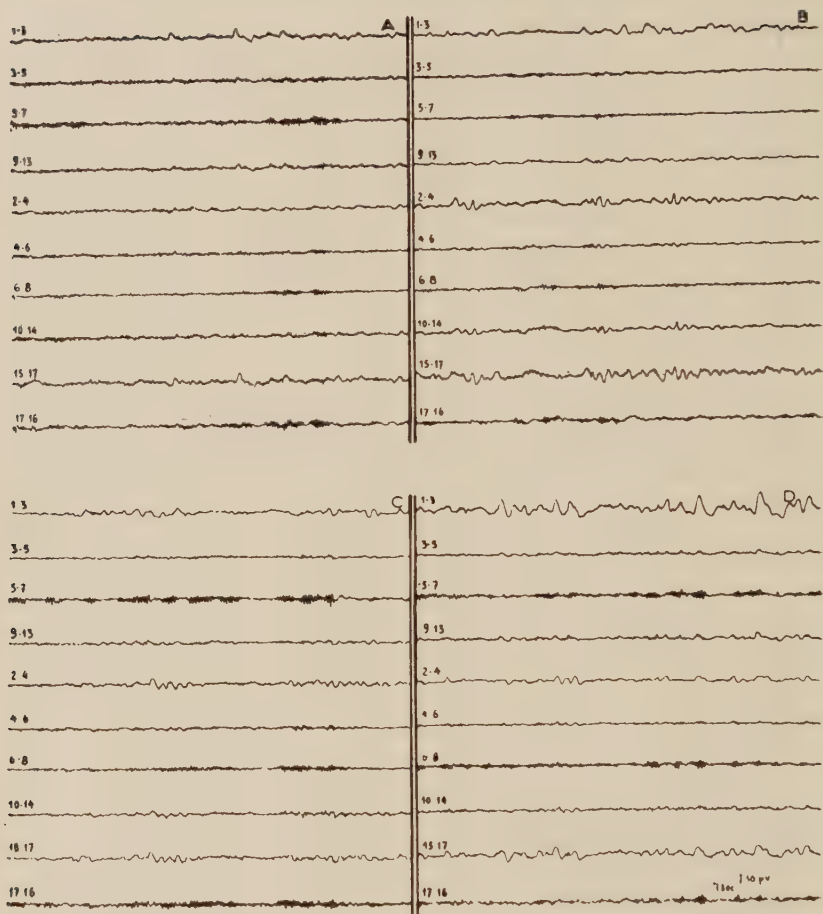


FIG. 5. — Schizophrénie lobotomisée (en 1951) : réserpine 5 mg. par jour. A, avant. B, 12 jours après. C, 1 mois 1/2 après. D, 4 mois 1/2 après. Accentuation et diffusion des bouffées de delta monomorphe fronto-temporal, persistance d'un rythme alpha au niveau des occipitales.

thêta-delta sur un rythme de fond pratiquement normal. Un mois après (B') le début de la réserpine, on constate une disparition du rythme alpha avec inscription presque continue d'un delta monomorphe intéressant toutes les dérivation. Cette aggravation spectaculaire n'avait aucune correspondance clinique.

Les modifications de l'électro-encéphalogramme étaient variables dans les états délirants, comprenant les psychoses hallucinatoires chroniques, paranoïdes et paraphréniques. Le ralentis-

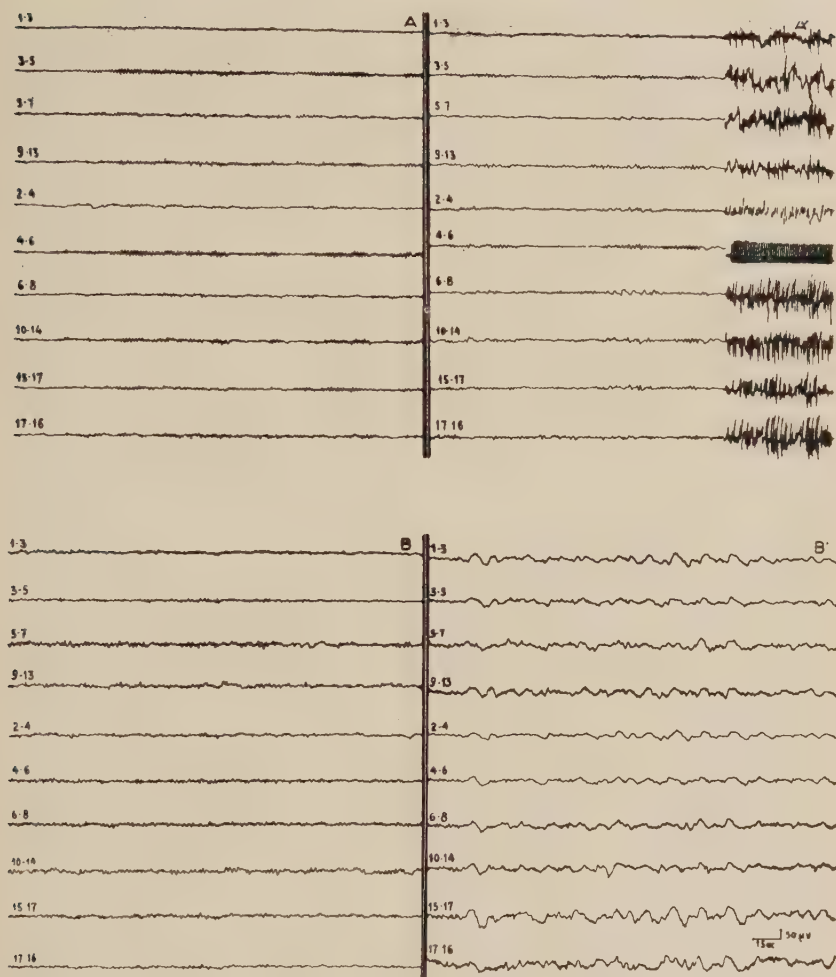


FIG. 6. — Psychose hallucinatoire chronique. R s rphine 3 mg. par jour. A, avant. A', 2 mois après : appauvrissement en rythme alpha, bouffées d'ondes lentes temporo-occipitales, polypointes et myoclonies à la S.L.I. — Schizophrénie avec épilepsie apparue au cours de l'évolution (sous traitement barbiturique). B, avant r s rphine 5 mg. par jour. B', 2 mois 1/2 après : persistance de rares ébauches d'alpha, rythme delta monomorphe presque continu.

sement du rythme apparaissait le plus fréquemment, avec parfois des bouffées de delta monomorphe de faible amplitude.

Dans plusieurs cas, où le tracé (fig. 6 A)  tait sensiblement normal, des bouffées de delta monomorphe de faible amplitude

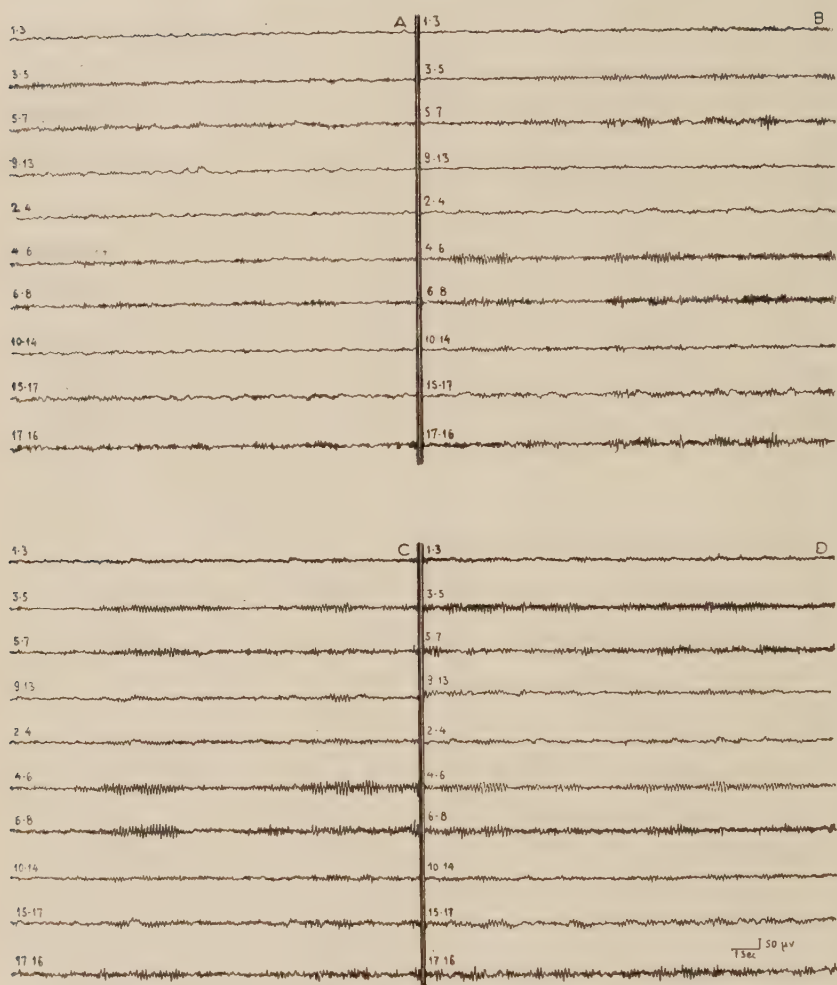


FIG. 7. — Délire d'interprétation, réserpine 5 mg. par jour. A, avant. B, 23 jours. C, 1 mois. D, 2 mois 1/2 après. Augmentation généralisée de l'amplitude, rythme alpha plus régulier, absence d'anomalies.

et des polypointes, se traduisant par les myoclonies palpébrales à la stimulation lumineuse (A'), s'inscrivaient deux mois après le début du traitement.

Dans les délires d'interprétation, dont le tracé de début montrait quelques anomalies de faible importance (fig. 7 A), le rythme alpha s'améliorait et s'accroissait.

Tout au long du traitement, s'échelonnant sur deux mois et

deuxièmes, on notait un enrichissement et une augmentation de l'amplitude du rythme alpha (B, C, D).

L'étude électro-encéphalographique chez les épileptiques a porté sur 30 cas. De nombreux enregistrements antérieurs avaient été faits pour déterminer le traitement anticomitial le plus actif, tant au point de vue manifestations cliniques qu'électriques ; la normalisation variable de l'électro-encéphalogramme et la diminution importante ou la disparition des crises en avaient résulté.

Cette normalisation variable des tracés, grâce aux barbituriques, a très rapidement régressé sous l'influence de la réserpine. Cette aggravation électrique correspondait à une réapparition ou une augmentation de nombre des crises comitiales.

La figure 8 nous montre trois tracés qui tous présentent des aggravations rapides et importantes.

Dans le premier cas (A), sur un tracé de départ pratiquement normal, s'inscrivent, huit jours après, des pointes de grande amplitude sur un fond de rythmes delta à localisation temporale unilatérale, évoquant un foyer épileptogène (A').

Dans les 2^e et 3^e cas, une diminution importante des crises et une amélioration électrique correspondante (B et C) avaient été obtenues. L'association de la réserpine a augmenté le nombre des crises et aggravé les manifestations électriques. Une apparition d'un delta monomorphe de grande amplitude avec une disparition de l'alpha est constatée chez l'un (B') ; chez l'autre, en plus de la disparition du rythme alpha et de l'inscription de bouffées de delta monomorphe, apparaissent de nombreuses pointes de grande amplitude en opposition de phases, évoquant un foyer épileptogène possible (C').

Les mêmes modifications électriques spécifiques ont pu être obtenues chez les épileptiques, aussi bien par l'injection intraveineuse, comme nous l'avons déjà signalé, que par le traitement continu.

Pour les malades présentant des troubles du caractère et du comportement sur un fond névrotique (15 cas), les modifications électriques n'ont pas présenté d'autres caractères que ceux décrits lors de l'injection intraveineuse, consistant en une augmentation de l'amplitude, un ralentissement du rythme se traduisant par un thêta prédominant.

Malgré l'administration de la réserpine pendant plusieurs mois, aucun signe de comitialité n'est apparu.

Des variations plus importantes ont été constatées dans les

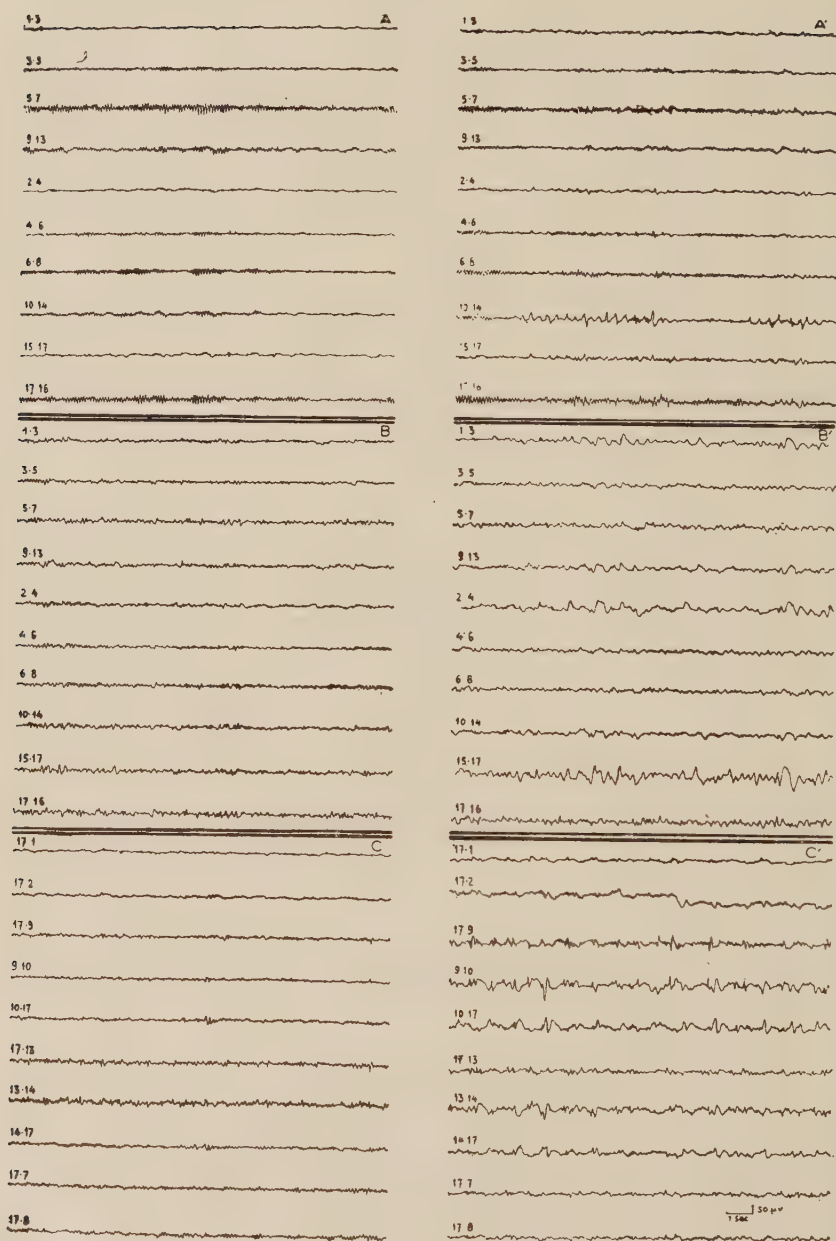


FIG. 8. — Epilepsie, 3 cas. Sous traitement barbiturique : A B C, réserpine 5, 3, 3 mg. par jour. A', 8 jours après. B', 15 jours après. C', 1 mois après.

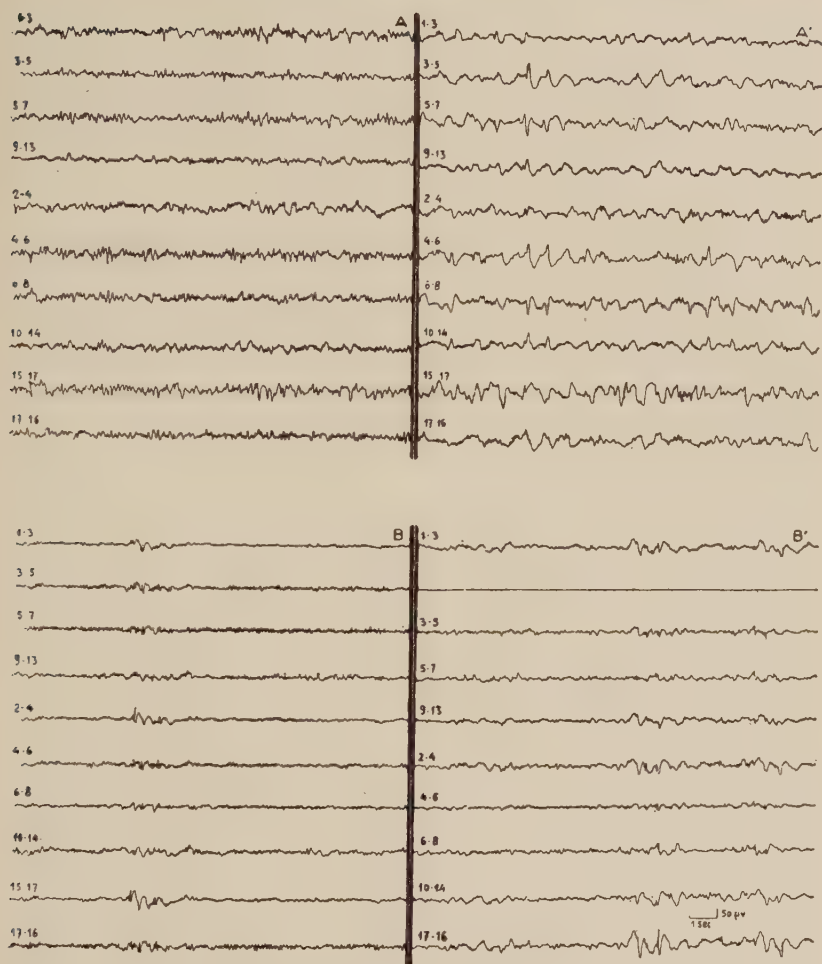


FIG. 9. — Démence artériopathique. Réserpine, 2 mg. par jour. A, avant. A', 1 mois après : delta monomorphe continu avec pointes.

— Maladie d'Alzheimer. Réserpine, 0,50 mg. par jour. B, avant : présence de rares bouffées de pointes-ondes intéressant les deux hémisphères sur un rythme de fond alpha-thêta. B', 3 semaines après : appauvrissement du rythme de fond, disparition presque complète d'alpha, rythmes lents polymorphes avec de très nombreuses bouffées de pointes-ondes de grande amplitude.

syndromes maniaco-dépressifs. L'aggravation clinique constatée chez les mélancoliques correspondait parfois à un ralentissement progressif des rythmes avec apparition de bouffées de delta monomorphe, surtout au niveau des régions temporo-frontales.

Dans les cas de manie aiguë, aucune modification électrique n'a été constatée.

C'est dans les manies chroniques qu'une aggravation progressive a été notée. Un rythme thêta et des bouffées de delta monomorphe apparaissent avec maximum au bout d'un mois. Par la suite, on note une persistance des bouffées de delta monomorphe et une réapparition du rythme alpha.

Les syndromes démentiels les plus divers ont été suivis à l'électro-encéphalographie. Dans tous les cas, aussi bien dans les démences artériopathiques que séniles simples ou abiotrophiques, une aggravation extrêmement importante apparaissait très rapidement, coïncidant avec l'accentuation des troubles psychiques (malgré les doses peu élevées utilisées). Dans un autre grand nombre de cas, des crises comitiales se sont manifestées aussi bien chez les presbyophrènes que chez les déments artériopathiques.

Dans le cadre des démences artériopathiques avec des signes neurologiques discrets, les modifications électriques étaient fonction du tracé de début. Une disparition complète des rythmes alpha-thêta était constatée et une inscription d'un delta monomorphe de très grande amplitude avec des pointes apparaissait très rapidement (fig. 9 A, A').

Ces manifestations électriques se traduisaient cliniquement, dans un très grand nombre de cas, par des crises convulsives.

Dans deux cas de démence abiotrophique évoquant la maladie d'Alzheimer, l'aggravation clinique et électro-encéphalographique a été la plus précoce et la plus nette.

Une apparition de crises comitiales très fréquentes et une véritable stupeur confusionnelle s'installèrent ; ce tableau clinique correspondait à une disparition complète du rythme alpha, à une accentuation des bouffées de pointes-ondes et à une inscription d'un delta monomorphe continu (fig. 9 B, B').

Dans les démences simples, presbyophréniques ou sous-jacentes à un syndrome maniaco-dépressif atypique, les aggravations des rythmes n'apparaissaient que beaucoup plus tardivement. Au bout de 15 jours de traitement avec des tracés antérieurs à la limite de la normale, s'inscrivaient une augmentation générale de l'amplitude, un rythme riche en bouffées de thêta prenant un aspect hypersynchrone sinusoïdal et des pointes (fig. 10 B, B').

Dans un autre cas, l'aggravation électrique était plus prononcée. Elle se traduisait au bout d'un mois par des bouffées de

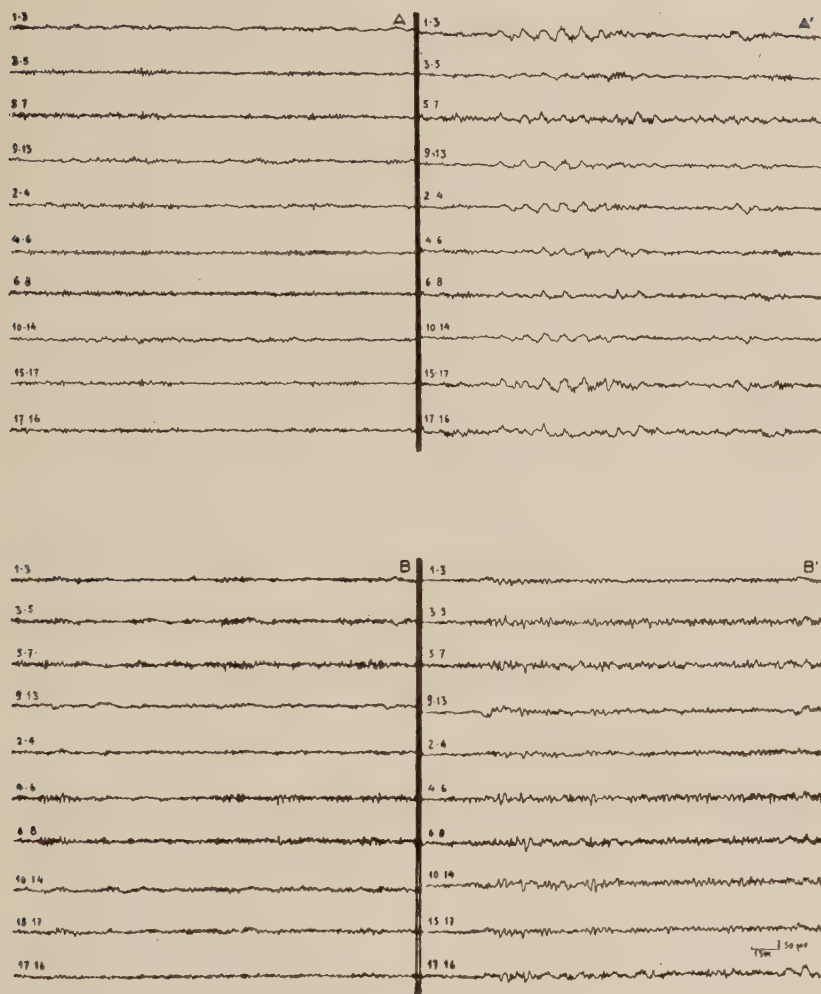


FIG. 10. — Presbyophrénie. Réserpine, 1 mg. par jour. A, avant. A', 1 mois après : apparition d'un delta monomorphe diffus.

— Délire hypocondriaque sénile. Réserpine, 2 mg. B, avant. B', 15 jours après : ralentissement généralisé, thêta dysrythmique avec nombreuses pointes, diminution importante du bêta.

delta monomorphe diffuses avec conservation d'un alpha irrégulier (fig. 10 A, A').

La continuation du traitement au-delà d'un mois et demi à deux mois faisait disparaître le rythme alpha et un delta monomorphe continu le remplaçait.

Cette aggravation électrique se traduisait cliniquement par une apparition de crises comitiales, toutefois d'une façon moins fréquente qu'au cours des démences d'origine artériopathique et abiotrophique.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Avant d'aborder les conclusions qui se dégagent des travaux antérieurs et de notre étude, il nous semble important de discuter certains des incidents apparus au cours du traitement.

Les incidents de la série vagotonique nous semblent relativement bénins et facilement corrigés par une médication symptomatique : chloro-heptaminol, extrait thyroïdien. Elle nous semble aussi pouvoir empêcher un certain nombre de manifestations : vertiges, lipothymies, œdème malléolaire et de la face.

Par contre, des incidents d'une réelle gravité : crises comitiales, ictus avec hémiplegie transitoire, syndrome extra-pyramidal, méritent une discussion tant au point de vue physiopathologique que pronostique.

Ils apparaissaient surtout, malgré des doses relativement faibles, dans quatre syndromes : schizophrénies d'évolution ancienne, démences d'étiologies diverses, mélancolies d'involution et épilepsies.

La plupart des auteurs ont surtout attiré l'attention sur les manifestations d'ordre « extra-pyramidal ». Les crises comitiales sont seulement signalées par Barsa qui note cinq cas sur 150 malades traitées. Quant aux syndromes démentiels, aucun incident du type hémiplegique ou comitial n'a été rapporté.

Sur 72 cas de schizophrènes traitées, deux seulement ont présenté des crises comitiales, et une, qui en avait précédemment, a vu le nombre de ses crises augmenter ; toutefois, ces manifestations convulsives ont été bien influencées par les barbituriques, et la continuation de la réserpine était possible.

Les électro-encéphalogrammes de ces trois malades, en état de comitialité latente, subissaient des modifications caractéristiques sous l'influence de la réserpine (quelle que soit la voie utilisée : injection intraveineuse unique de 5 mgr. ou traitement continu) ; chez les autres schizophrènes, le tracé devenait aussi pathologique et se caractérisait toujours par des bouffées de delta monomorphe diffuses, intéressant les deux hémisphères, avec conservation d'un rythme alpha.

Un autre fait intéressant à signaler est la mise en évidence du

delta monomorphe et sa diffusion chez les schizophrènes lobotomisées (huit cas).

Les crises comitiales n'ont jamais été constatées dans les mélancolies d'involution. Par contre, c'est au cours des démences séniles — qu'elles soient simples ou artériopathiques — qu'apparaissent plus fréquemment des crises et des ictus avec hémiplégie transitoire.

L'aggravation clinique et électrique est un autre fait important à retenir. A notre avis, l'utilisation intraveineuse de la reserpine comme activateur de l'électro-encéphalogramme dans les cas douteux nous semble d'un très grand intérêt, comme nous l'avons montré précédemment.

L'attention de très nombreux auteurs (Weber, Steck, Bleuler, Maurel, Smedt) semble avoir été attirée par un certain nombre de manifestations, allant de la sialorrhée jusqu'aux kinésies paradoxales, qu'ils rapportaient à un syndrome extra-pyramidal, voire parkinsonien.

Ces auteurs avaient remarqué que le syndrome disparaissait par la diminution des doses et qu'il était fonction de doses très élevées.

Comme nous l'avons signalé plus haut, nous n'avons jamais obtenu un syndrome extra-pyramidal typique comparable à ceux décrits par Weber et Steck. Dans nos cas, les éléments les plus caractéristiques du syndrome parkinsonien, comme la rigidité plastique, l'exagération des réflexes de posture, le phénomène de la roue dentée, faisaient défaut. Par contre, les éléments notés : l'allure soudée, le faciès figé, la sialorrhée, la diminution du clignement des yeux, la lenteur de la démarche, l'abolition des mouvements automatiques d'accompagnement, pouvaient aussi bien être considérés comme les troubles psychomoteurs d'un syndrome catatonique.

Il nous semble que ces éléments, malgré l'absence de la cataplexie, de l'opposition, du négativisme, des hyperkinésies, pouvaient davantage rappeler un « syndrome catatonique » d'origine peut-être toxique.

En faveur de cette interprétation sur la catatonie d'origine toxique, il nous semble utile de rappeler les travaux cliniques et expérimentaux de Baruk et ses collaborateurs sur la chlorpromazine, et le tremblement à caractère extra-pyramidal obtenu sous l'influence des traitements par lithium. La plupart des auteurs sont d'accord pour considérer actuellement que ce tremblement est dû aux doses excessives et est par conséquent d'ori-

gine toxique. La diminution des doses suffit à faire disparaître le tremblement.

Ce « syndrome extra-pyramidal », qui évoque pour nous une ébauche de catatonie d'origine toxique, se traduirait au point de vue électro-encéphalographique par un delta monomorphe diffus et une disparition du rythme alpha préexistant.

La constatation de ces différents incidents (crises épileptiques, ictus, syndrome catatonique), chez des comitiaux, certaines schizophrènes, chez des démentes et des mélancoliques d'involution, nous paraît comme l'expression différente d'une accentuation de troubles fonctionnels irréversibles ou de troubles organiques sous-jacents.

En faveur de cette hypothèse, notre expérience électro-encéphalographique, portant sur de très nombreux cas, nous permet de dire que la réserpine ne modifie le tracé que dans les cas où préexistaient des éléments pathologiques électriques, même si ceux-ci avaient disparu sous l'influence de divers facteurs.

Peut-être la réserpine pourrait-elle être considérée comme un « facilitateur » chimique agissant sur le métabolisme du système nerveux pathologique. Cette modification « métabolique » jouerait un rôle déclenchant, d'où réapparition de phénomènes électriques et augmentation des crises chez des comitiaux avec tracés antérieurs relativement normalisés.

Rappelons, à l'appui, les travaux de Chen et ses collaborateurs qui considèrent que la réserpine « hâte le début des crises en extension tonique maximale chez le rat recevant caféine ou cardiazol, mais non strychnine ; abaisse le seuil convulsif typique de l'électrochoc et s'oppose à l'action anticonvulsivante du diphényl-hydantoïne », et nos constatations sur l'action de la réserpine par voie intraveineuse et par traitement continu.

Une autre traduction de cette accentuation des troubles métaboliques préexistants par la réserpine est peut-être l'apparition du syndrome catatonique. Ce même trouble aurait pu jouer un rôle déclenchant dans l'apparition de l'ictus avec hémiplégie et peut-être même dans notre seul cas d'épilepsie avec exitus. Ceci semble être confirmé par les modifications électro-encéphalographiques constatées dans tout ce groupe de malades (mélancolie d'involution, démences, schizophrénies), se traduisant par un rythme delta monomorphe continu et une disparition du rythme alpha préexistant, évoquant une « souffrance cérébrale ».

La seule constatation de ces différents incidents chez un type de syndromes bien définis nous semble évoquer une atteinte

beaucoup plus profonde, presque organique du système nerveux. En faveur même de cette hypothèse est l'accentuation des troubles mentaux dans les syndromes démentiels et mélancolies d'involution, l'amélioration certaine, mais insuffisante dans certains cas de schizophrénie au terme de leur évolution, et l'aggravation des crises comitiales.

Malgré les incidents que nous venons de signaler, la réserpine a apporté des éléments nouveaux, comme en témoigne notre étude clinique, pouvant compléter d'une façon intéressante les thérapeutiques psychiatriques, transformant complètement le pronostic de nombreux syndromes mentaux.

La possibilité de l'emploi de doses faibles, peu toxiques, et d'une cure ambulatoire sous surveillance médicale, permet la poursuite du traitement pendant de longs mois sans inconvénients. Le bénéfice de cette thérapeutique ne peut cependant être étendu aux épileptiques, aux syndromes dépressifs et démentiels.

S'agit-il d'une thérapeutique symptomatique ou étiologique ? Cette question ne sera probablement résolue qu'en fonction du temps.

BIBLIOGRAPHIE

- BARSA (J. A.) and KLINE (N. S.). — Combined Reserpine-Chlorpromazine in treatment of disturbed psychotics. *Arch. Neur. Psych.*, 1955, 74, 3, 280-286.
- BARUK (H.), LAUNAY (J.) et BERGÈS (J.). — La thérapeutique par chlorpromazine. Physiologie clinique. Résultats thérapeutiques et progrès de la thérapeutique psychiatrique. *Ann. méd.-psych.*, 1955, 1, 5, 705-772.
- BEIN (H. J.). — Significance of Selected Central Mechanisms for the Analysis of the Action of Reserpine. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1955, 61, 1, 4-16.
- BENTE (D.) und TILL (T.). — Das Verhalten des Hirnstrombildes bei hochdosierter Behandlung mit Reserpine (Serpasil) und bei medikamentös erzeugten parkinsonähnlichen Zustandsbildern. *Med. Klin.*, 1955, 31, 1296-1301.
- BLEULER (M.). — Das Wesen der Serpasil-Behandlung an Schizophrenen. *J. suisse Méd.*, 1955, 85, 19, 443.
- CHEN (Ch.), ENSOR (R.) and BOHNER (B.). — A facilitation action of Reserpine on the C.N.S. *Proced. Soc. Exp. Biol. Med.*, 1954, 86, 3, 507-510.
- DELAY (J.), DENIKER (P.), TARDIEU (Y.) et LEMPÉRIÈRE (Th.). — Premiers essais en thérapeutique psychiatrique de la Réserpine, alcaloïde nouveau de *Rauwolfia serpentina*. *Communic. 52^e Cong. Alién. Neurol. France et Langue Française*, Liège, 1954, 19-25.
- DELAY (J.), DENIKER (P.), TARDIEU (Y.) et LEMPÉRIÈRE (Th.). — Médicaments et cures « neuroleptiques » en thérapeutique psychiatrique — premiers essais de la Réserpine — comparaison avec les effets de la Chlorpromazine. *Presse Méd.*, 1955, 63, 32, 663-665.

- DENNISON (A. D.), WHITE (P. D.), MOORE (R. B.) and PIERCE (W. J.). — Effect of Reserpine upon the human electroencephalogram. *Neurology*, 1955, 5, 1, 56-68.
- FOLLIN (S.). — Discussion à propos communication de H. Steck. *Ann. méd.-psych.*, 1954, 2, 5, 737-744.
- FOUKS, LAINÉ, GRIMAUD et DARIOTIS. — La fin des thérapeutiques de choc et l'avènement de nouvelles thérapeutiques psychiatriques actives. Le CH³ et les formules dérivées. *Ann. méd.-psych.*, 1954, 2, 5, 761-768.
- HESS (R.). — Vorläufige electroencephalographische Befunde bei Serpasiltherapie. *J. suisse Méd.*, 1955, 85, 19, 442-443.
- HOLLISTER (L. E.), KRIEGER (G. E.), KRINGEL (A.) and ROBERTS (R. H.). — Treatment of Chronic Schizophrenic reactions with Reserpine. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1955, 61, 1, 92-100.
- KIRKPATRICK (W.) and SANDERS (F.). — Clinical evaluation of Reserpine in state hospital. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1955, 61, 1, 123-143.
- MAUREL (H.), WILHEM et SPIELMANN (J. P.). — Essai thérapeutique de la Reserpine en psychiatrie hospitalière. *Concours Méd.*, 1955, 37, 3351-3355.
- MIELKE (F. A.). — Uebersicht der Klinischen Erfahrungen mit Serpasil am Birghölzli. *J. suisse Méd.*, 1955, 85, 19, 440-442.
- NICK (J.). — Dépressions mélancoliques secondaires à l'usage thérapeutique de *Rauwolfia serpentina* chez les hypertendus. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 1955, 23-24, 883-893.
- NOCE (R. H.), WILLIAMS (D. B.). — Reserpine (Serpasil) in the menagement of the mentally il and mentally retarded. *J. Am. Med. Assoc.*, 1954, 156, 9, 821-824.
- SAINZ (A.). — The use of the Reserpine in Ambulatory and hospitalized Geriatric and Psychotic. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1955, 61, 1, 72-77.
- SMEDT (R.). — La Reserpine en clinique psychiatrique. *Acta Neurol. et Psychiatr. Belg.*, 1955, 55, 5, 399-408.
- STECK (H.). — Le syndrome extra-pyramidal et diencéphalique au cours des traitements au largactil et serpasil. *Ann. méd.-psych.*, 1954, 2, 5, 737-744.
- LAMBROS (V. S.). — The use of the Reserpine in certain neurological disorders : organic states, Enuresis and Head injuries. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1955, 61, 1, 211-214.
- KINROSS-WRIGHT (V.). — Chlorpromazine and Reserpine in the treatment of psychoses. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1955, 61, 1, 174-183.
- VIVIEN (P.). — Les effets neuro-psychiatriques du « *Rauwolfia* » et de ses alcaloïdes. *Ann. méd.-psych.*, 1955, 1, 2, 217-225.
- WEBER (E.). — Ein, *Rauwolfia*alkaloid in der Psychiatrie: seine Wirkungsähnlichkeit mit Chlorpromazine. *J. suisse Méd.*, 1954, 84, 34, 968-970.
- ZIMMERMAN (F. T.) and BURFEMEISTER (B. B.). — Preliminary Report upon the Effect on Epilepsy and Behavior Problems in children. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1955, 61, 1, 215-221.
-

DIFFICULTE DU PRONOSTIC EN FACE D'UNE IMAGE DITE D'ATROPHIE CEREBRALE

PAR

MM. DONNADIEU, RIGAL, FLORENTIN et Mme FLORENTIN

On constate actuellement une évolution des idées sur l'interprétation des images obtenues par l'encéphalographie gazeuse.

Fromenty et, dans sa thèse, son élève Lerman ont montré l'existence d'une image particulière obtenue par la pneumo-encéphalographie chez les malades présentant une maladie de Pick ou d'Alzheimer et dont les cerveaux à l'autopsie se révélaient atrophiques.

Dans ces dernières années, la pratique de cette méthode fut élargie. De semblables images furent retrouvées dans divers états mentaux caractérisés par une insuffisance de développement, ou un déficit intellectuel. Parallèlement, on définissait les critères radiographiques de l'atrophie cérébrale.

Ces faits admis par tous, il devint courant de considérer une image d'atrophie cérébrale comme pathognomonique d'un état mental irréversible, donc incurable.

Delay groupe les atrophies décelées par l'encéphalographie gazeuse sous trois chefs :

Démence : précoce, adulte, présénile, sénile.

Encéphalites et intoxications, parmi lesquelles la paralysie générale et l'alcoolisme.

Les oligophrénies d'origine congénitale ou acquise.

Cependant, on s'aperçut qu'il n'y avait pas toujours corrélation entre l'image radiologique et l'évolution clinique, et divers auteurs signalèrent au Congrès de Luxembourg, en 1952, des cas de guérison.

L'un de nous réunit dans sa thèse six cas dans lesquels une

encéphalographie gazeuse donna une image d'atrophie dont l'évolution clinique se fit cependant vers la guérison.

Siguier évoque chez un de ses malades la possibilité d'une atrophie corticale, d'allure primitive, distincte d'un Pick ou d'un Alzheimer. Divers facteurs étiologiques inconnus seraient d'après lui responsables d'une telle atrophie.

Guyotot, Lévy et Robert écrivent dans une étude sur l'encéphalographie chez les schizophrènes : « L'encéphalographie ne permet pas d'affirmer qu'il s'agit de troubles irréductibles dont le cours ne peut être modifié par la thérapeutique. »

Nous partageons, pour notre part, l'opinion de ces auteurs, pensant que diverses étiologies peuvent être à l'origine d'une image dite d'atrophie et qu'une telle image ne permet pas d'affirmer l'incurabilité.

Nous basons cette opinion sur plusieurs observations recueillies ces dernières années. Nous en citons ici quatre des plus typiques. L'affaiblissement intellectuel de chacun de ces malades associé à divers troubles nous avaient incités à pratiquer une encéphalographie. Nous pensions avoir affaire à un syndrome démentiel en rapport avec un processus atrophique. Les premiers clichés confirmèrent l'atrophie. L'évolution ne confirma ni la démence, ni son substratum organique.

OBSERVATION 1. — Mme C..., 46 ans, mariée, sans profession, une fille. Entrée à Château-Picon le 21 février 1950.

Depuis huit mois, Mme C... souffre de troubles mentaux d'intensité croissante. Au début, il s'agit d'un simple état dépressif qui se développe en un dégoût profond de la vie, de l'anxiété, un sentiment de culpabilité et de nombreuses tentatives de suicide. Elle sombre ensuite dans un état stuporeux ; inertie progressive, confinement au lit, refus de nourriture, négligence des soins corporels.

Elle entre dans notre service en état de mutisme. On note chez elle une persistance des réactions émotives et, au point de vue somatique, un tremblement généralisé de tout le corps, exagéré pendant l'entretien. Sa marche est trébuchante et tout mouvement exécuté en position debout est accompagné d'un sautaillement régulier, automatique.

Nous apprenons qu'une encéphalographie gazeuse, en janvier, aurait montré chez elle une atrophie frontale. Cet examen ayant entraîné une amélioration de son syndrome, en février, au moment de l'entrée dans notre service, on pratique une insufflation ventriculaire, mais sans résultat.

En mai, nous lui faisons une encéphalographie gazeuse, qui met en évidence un coussinet d'air frontal très important et un élargissement

des sillons corticaux. Nous n'observons pas d'amélioration notable de son état. Une série d'électro-choes est essayée vainement.

En février 1951, un an après, elle subit une lobotomie, qui la débloque les premiers jours seulement, puis elle rechute.

C'est en juillet 1953 que nous avons la surprise de voir cette malade sortir progressivement de son état. Elle devient syntone, son comportement s'amende, elle est de nouveau capable d'assumer une tâche, sollicite la permission de sortir un jour avec sa famille.

Cette évolution se poursuit jusqu'à guérison complète. Après diverses sorties d'essai, elle quitte le service définitivement en janvier 1954.

Revue en décembre 1955. La guérison se confirme. Mme C... mène une vie normale, tient son ménage à la satisfaction de son mari. Peut-être se montre-t-elle un peu trop souriante.

OBSERVATION 2. — Mme Ha..., 59 ans, mariée, sans profession, deux enfants. Entrée à Château-Picon le 14 avril 1951.

Depuis quelques mois, cette malade présente des troubles de l'humeur et des idées hypocondriaques de plus en plus actives. Son syndrome s'enrichit encore d'accès d'excitation et d'anxiété paroxysmique et nécessite son internement, après une tentative d'auto-mutilation (aiguille enfoncée dans la paroi abdominale).

Quand nous l'examinons pour la première fois, elle se trouve dans un état d'insouciance, d'euphorie niaise, de puérilisme, où les troubles intellectuels prennent le pas sur les autres. Gros troubles de la mémoire de fixation et d'évocation, désorientation temporo-spatiale, troubles du jugement. Ses idées délirantes hypocondriaques sont pauvres. Au point de vue physique, elle se présente dans un état précaire, fatiguée, amaigrie.

L'examen neurologique met en évidence la faiblesse des réflexes tendineux, un tremblement de la main droite, un réflexe photomoteur retardé, avec hippus.

L'examen du fond d'œil permet de découvrir un flou des deux papilles, avec élévation partielle à droite. Les divers examens de laboratoire ne donnent aucun résultat intéressant.

Un deuxième examen de fond d'œil, pratiqué trois semaines plus tard, dans de meilleures conditions, permet de mettre en évidence une accentuation nette des symptômes déjà décrits.

La malade est alors envoyée dans le service du D^r H. Pouyanne pour une ventriculographie, qui entraîne une amélioration progressive de son état jusqu'à guérison en août 1951, où elle nous quitte.

Cependant, en janvier 1952, rechute. Elle entre dans notre service en avril, dans un état d'agitation anxieuse, à thème imprécis, vague. On pratique alors une encéphalographie gazeuse : 70 cc. d'air sont injectés par voie lombaire ; la pression initiale de 32 est amenée à 38. L'image obtenue est caractéristique d'une atrophie frontale : dilatation de la corne antérieure, du ventricule latéral gauche avec gros

coussinet d'air pré-frontal. L'amélioration est peu sensible. En juillet, on pratique alors une insufflation ventriculaire, qui entraîne immédiatement un amendement progressif de tous les symptômes, avec guérison totale sanctionnée par sa sortie en octobre 1953.

Nous avons eu l'occasion d'avoir de ses nouvelles fin 1954. La guérison se maintenait stable.

Ainsi, chez ces deux malades, un pronostic sombre s'imposait. Leur guérison nous laissa fort perplexes. Nous vîmes, avec le même étonnement, deux autres malades guérir, malgré un tableau clinique aussi alarmant. Nous avons l'avantage d'avoir pu refaire chez eux une encéphalographie après la guérison clinique.

OBSERVATION 3. — M. Eyr..., 24 ans, militaire. Ses troubles ont débuté en 1950, en Indochine. Il était alors dans l'armée depuis trois ans et jusque-là avait été bien considéré. On le disait, dans ses notes, intelligent et ouvert.

En mai 1950, il a présenté une période d'hypersomnie, accompagnée d'une polydipsie. C'est lors de cette période qu'à la suite d'un accès de colère soudain, immotivé, envers un supérieur, il va de lui-même à la visite. Mis en observation, on note de façon transitoire divers signes neurologiques : réflexes vifs et polycinétiques, adiadicocinésie marquée à droite, légère parésie faciale gauche. Amaigrissement important. Le tableau neurologique disparaît assez rapidement, mais on note de plus en plus des troubles du comportement. Il se montre désorienté dans le temps. Il reste à l'écart des autres. Il est incapable de terminer une phrase. Il paraît dissocié. Il est traité par une série de huit électro-chocs (juillet 1950) puis rapatrié.

En août 1950, à l'hôpital Desgenettes, il se montre très inhibé au cours des divers entretiens avec le médecin. Parole lente, embarrassée, tremblement des extrémités et des paupières. Pas d'affaiblissement intellectuel noté à ce moment. Le diagnostic porté est celui de schizoidie.

Au Rorschach, il accuse de gros signes d'inhibition et des signes de lésion organique.

En novembre, il paraît mieux et on envisage une reprise de service. Mais, en février 1951, ayant eu un comportement tout à fait anormal avec inadaptation au milieu et aux circonstances, il est envoyé à l'hôpital Robert-Picqué.

Dès son entrée, son examen évoque celui d'un schizoïde net : bizarrerie, adaptation imparfaite, bradypsychisme. Par la suite, son comportement s'améliore et, en avril 1951, il paraît mieux adapté, plus ouvert, faisant preuve de jugement ; initiative et spontanéité réapparaissent. Une reprise de service à l'essai est tentée. Mais elle se solde par un échec puisque moins de deux mois après, en juin 1952, il est renvoyé à l'hôpital par son corps. A ce moment-là, on note chez lui un affaiblissement intellectuel, des troubles mnésiques, des

troubles du jugement, un manque d'élan, d'initiative, une inertie très accentuée.

Devant ce tableau, et en raison de son histoire clinique, on pense à une atrophie frontale ; on pratique une encéphalographie gazeuse après examen de fond d'œil, qui montre une pâleur temporale de la papille droite. Les pneumo-encéphalogrammes mettent alors en évidence une atrophie corticale considérable portant sur les deux hémisphères.

Mais, à partir de ce jour, les troubles du comportement de ce malade prennent une allure nettement régressive. Il s'intéresse progressivement aux activités et à la vie dans le service ; il reprend une activité spontanée, demande du travail, sort, joue. Ses troubles de la mémoire diminuent, son raisonnement et son jugement progressent. Il quitte l'hôpital en septembre 1952 et est proposé pour un congé de longue durée.

Revu en avril 1953, l'amélioration progressive s'est poursuivie. Son comportement d'ensemble est meilleur. Il est psychologiquement moins raide.

En février 1954, il revient dans le service, où il est mis en observation quarante jours. Il n'y a rien à noter de particulier sur son comportement : il n'est plus observé chez lui de troubles du jugement ni de la mémoire. Il n'est plus possible de parler d'affaiblissement intellectuel. Divers examens sont pratiqués.

Angiographie : elle montre une opacification du siphon carotidien droit, au-delà duquel on distingue tout le système artériel, qui présente un aspect grêle et surtout arborescent au niveau des branches sylviennes.

Intégrité des communicantes antérieures.

Electro-encéphalogramme : pratiquement normal.

Encéphalographie : le compte rendu radiologique du Dr Cazeilles indique : « Remplissage normal de toutes les cavités encéphaliques et de la région péri-corticale. On remarque l'absence d'une image d'atrophie des hémisphères, contrairement à l'examen du 22 août 1952. »

Eyr... sort le 10 mars 1954 avec avis favorable pour reprise du service, à revoir dans six mois, avec un rapport de ses chefs sur son comportement. Le 26 octobre 1954 il est bien, les renseignements fournis sur lui sont favorables et nous ne pouvons que confirmer sa guérison. Depuis, il a été revu de six mois en six mois (dernier examen en mars 1956) et sa guérison se maintient stable.

OBSERVATION 4. — M. R..., âgé de 43 ans, est un intellectuel particulièrement brillant, parlant plusieurs langues ou idiomes, la plupart orientaux. Il a effectué de nombreux et longs séjours en Extrême-Orient et par surcroît a subi une pénible captivité au cours de l'un d'eux.

Ses troubles mentaux débutent en mai 1952, alors qu'il était en Algérie. C'est sa graphorrhée qui attire rapidement l'attention sur lui. Il écrit de multiples notes officielles sur des sujets techniques. Les idées qu'il exprime sont décousues, désordonnées, avec des remarques ironiques et plaisantes. Au cours de l'entretien, il se présente fort bien, calme, mesuré. Il est légèrement euphorique. Interrogé sur ses écrits, il ne semble pas percevoir leur bizarrerie ; il estime avoir dit des choses « intéressantes ».

Evacué sur l'hôpital Michel-Lévy en février 1953 et vu par le professeur agrégé Gallais, il se montre d'humeur très gaie ; il se livre à de multiples facéties, ses propos sont moqueurs, acerbes. Mais ce qui frappe surtout, c'est l'affaiblissement de ses facultés intellectuelles. Au test « Progressive Matrices », il réussit péniblement à donner 18 réponses justes en 20 minutes. Le protocole final mentionne : « Perturbations importantes des fonctions intellectuelles supérieures évoquant la possibilité d'un déficit acquis. Manque de compréhension du problème ne dépendant pas seulement d'un trouble de l'attention. Troubles importants du jugement décelés à la discussion des solutions erronées. »

Une encéphalographie gazeuse est alors pratiquée. Elle révèle une atrophie corticale importante des lobes frontaux. Par contre, les autres examens de laboratoire sont normaux.

Dans le liquide céphalo-rachidien : 1 élément ; albumine, 0,26. Bordet-Wassermann négatif. Benjoin normal. Nelson négatif.

Dans le sang : numération, 4.070.000 globules rouges, 5.600 globules blancs ; formule : lymphocytes, 34 ; monocyte, 1 ; neutrophiles, 55 ; éosinophiles, 10. Vitesse de sédimentation : 13-26. Cholestérol : 2,83. Urée : 0,40. Bordet-Wassermann négatif.

Dans ses antécédents, il n'a pas été retrouvé de traumatisme ou de toxi-infection susceptible de provoquer de telle image ; en particulier, pas d'éthylisme.

En résumé, il s'agit d'un malade de 43 ans, présentant un déficit intellectuel en rapport avec un processus atrophique d'apparence primitif. Il est donc légitime de porter un pronostic irrémédiable.

Cependant, au cours de plusieurs entrevues ultérieures, on constate une amélioration progressive indiscutable. En juin 1954, le comportement du malade est noté comme normal, ainsi que ses performances aux tests de niveau intellectuel.

Nous avons l'occasion de l'examiner en 1955. Sa présentation est bonne, sa conversation aisée, précise. Pas de trouble thymique. Au Matrix percentile à 85.

Devant la régression de ses troubles, nous lui proposons une encéphalographie, qu'il accepte. Celle-ci nous donne des images absolument normales sous les différentes incidences.

Ainsi, dans ces observations, le syndrome clinique présenté par nos malades s'est amendé malgré le pronostic fatal que nous

étions en droit de porter. Fait plus étonnant, l'image atrophique fournie par l'encéphalographie gazeuse a complètement disparu.

De ces constatations, il nous a été facile de déduire diverses considérations.

Des troubles thymiques associés à un déficit intellectuel chez des sujets jeunes ou d'âge moyen ne doivent pas suffire, même si l'encéphalographie est positive, à porter le diagnostic de démence atrophique. H. Mignot est assez strict sur ce point : « La symptomatologie de la démence atrophique doit être essentiellement déficitaire, portant principalement sur les fonctions de relation. De plus, à l'affaiblissement global de la démence, doivent s'ajouter des dissolutions partielles, portant sur le langage, les praxies, les gnosies. »

Nous nous rangeons à cette manière de voir, pensant qu'une compréhension plus large ne peut qu'amener à de grossières erreurs de pronostic.

Chez nos deux premiers malades, nous n'avons pas pu mettre en évidence une étiologie susceptible d'entraîner un processus atrophique.

Chez les deux autres, nous relevons un séjour en Extrême-Orient. Particulièrement pénible pour M. R..., on peut invoquer une origine carentielle. M. Eyr... a présenté au début des troubles du sommeil et de la polydipsie. Y a-t-il eu chez lui un processus encéphalitique qui aurait touché son diencéphale en même temps que son cortex ?

Mais, même secondaire, le processus atrophique est par définition irréversible. C'est donc le diagnostic d'atrophie qui est lui-même à réviser.

L'image observée était-elle réellement une image d'atrophie ?

Nous savons que le processus d'atrophie cérébrale se caractérise par une augmentation de volume des citernes, un élargissement des sillons, une dilatation ventriculaire.

D'après Duran, l'augmentation de volume des citernes intéresse une partie ou la totalité de celles-ci. La citerne périphérique peut être très visible sur les divers clichés, ainsi que les citernes cérébelleuses et basales.

Les sillons sont élargis lorsqu'ils dépassent 3 mm. de largeur environ ; l'augmentation de leur nombre ou leur présence en des territoires où ils n'existent pas habituellement sont en faveur d'une atrophie.

Enfin, pour pouvoir parler de dilatation ventriculaire franche, il faut observer une perte des contours aigus, avec aspect globuleux, arrondi, de l'image ventriculaire.

Cependant, on admet qu'on peut avoir affaire à une atrophie même si l'on constate seulement une image ventriculaire anormale, une dilatation passive généralement consécutive à l'atrophie corticale.

Reprenons nos observations. Dans deux cas, la triade des signes est au complet. Dans les deux autres, deux caractéristiques se retrouvent dans l'ensemble des clichés.

Par conséquent, nous sommes amenés à penser que de telles images n'ont pas la signification unique qu'on leur donne communément. Si elles traduisent parfois une atrophie cérébrale, nous pensons qu'on peut aussi les observer avec des cerveaux non atrophiés, subissant peut-être certains troubles vaso-moteurs qui entraînent une diminution de volume de la masse cérébrale. Nous n'oserons parler de collapsus, car, si des phénomènes semblables apparaissent rapidement après certains traumatismes crâniens dans les cas que nous avons rapportés, le processus s'est vraisemblablement développé progressivement, lentement, entraînant des perturbations psychiques et intellectuelles. Dans deux cas, nous avons d'ailleurs observé des modifications de la papille, ce qui traduirait malgré tout un certain trouble vasculaire au niveau du cerveau.

Sous quelle action ces phénomènes ont-ils régressé ? Chaque fois, après une insufflation gazeuse, nous avons vu les symptômes s'amender, pour un certain temps, ou même définitivement.

Serait-ce une nouvelle application de la pneumothérapie cérébrale ? Bien que les rémissions et guérisons observées se soient montrées impressionnantes, nos cas sont encore trop peu nombreux pour nous permettre de l'affirmer.

BIBLIOGRAPHIE

- BANNEL (F.) et ARNE (L.). — Atrophies cérébrales. Revue générale. *Journal de médecine de Bordeaux*, novembre 1946.
- BOURGUIGNON (A.). — Les premiers signes radiologiques et électro-encéphalographiques de l'atrophie cérébrale unilatérale. *Semaine des hôpitaux*, 2 mars 1954.
- DELAY (J.) et SIZARET (P.). — Hypertension intra-cranienne et pneumothérapie cérébrale. *L'encéphale*, n° 9, 1946-1947.
- DURAN (P.). — *Diagnostic encéphalographique*, A. Doin éditeur.
- FISCHGOLD (H.) et METZGER (J.). — L'encéphalographie dans les atrophies cérébrales. *Encyclopédie médico-chirurgicale*.
- FLORENTIN (M.). — Les pseudo-atrophies cérébrales curables. *Thèse*, Bordeaux, avril 1955.

- GUYOTOT (J.), LÉVY (A.) et ROBERT (J.). — Remarques sur 34 encéphalographies de schizophrènes. *Journal de médecine de Lyon*, 20 octobre 1955.
- LERMAN (M.). — Encéphalographie dans les atrophies cérébrales. *Thèse, Paris*, 1942.
- OSTERGAARD (T.). — Atrophie présénile. Encéphalographie. *Acta. Psychiatr. Neurolog.*, 1945.
- MORICE (J.). — L'hypertension intra-cranienne. *Thèse, Paris*, 1945.
- SIGUIER (F.). — Plaidoyer pour un déserteur. *La presse médicale*, 28 mai 1955.
- SINGER, BATZENSCHLAGER (A.), FARGET (J.). — L'encéphalographie gazeuse indicatrice de l'état cérébral permettant l'établissement d'un pronostic de sévérité ou de chronicité au cours des psychopathies. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, Luxembourg*, 1952.
-

LA FONCTION DE LACTATION ET SES INCIDENCES PSYCHIATRIQUES

PAR

PAUL ABÉLY

PRÉAMBULE

Au cours de l'examen physique systématique d'une psychopathe, il peut arriver que l'on découvre l'existence d'un écoulement par le mamelon d'un liquide plus ou moins lactescent.

Cet écoulement peut être uni- ou bilatéral. Dans les deux cas, cette découverte impose au psychiatre le souci de démasquer les motifs de cette sécrétion et exige de sa part une étude approfondie de l'anamnèse de l'intéressée.

On peut se trouver en effet devant plusieurs éventualités. Si l'on possède la notion d'un accouchement de date relativement récente, on peut apprendre : ou que la malade allaitait encore à la veille même de son hospitalisation, ou qu'elle avait cessé cet allaitement depuis quelque temps déjà, ou enfin qu'elle n'avait jamais nourri. On peut soupçonner aussi une fausse-couche remontant à une époque plus ou moins reculée.

Si ces différentes hypothèses sont définitivement écartées, il faut alors rechercher l'origine d'une galactorrhée anormale qui peut être consécutive : soit à une atteinte hypophysaire, soit à une insuffisance utéro-ovarienne avec chute importante des œstrogènes, soit à un bouleversement pluri-endocrinien profond souvent d'origine cortico-surrénalienne primitive, soit à une lésion de la glande mammaire elle-même, soit enfin à une étiologie médicamenteuse. Le problème doit toujours être élucidé, car, souvent, cette particularité de la fonction de lactation peut être pour une grande part responsable des troubles psychiques. D'autres fois, elle peut faire partie d'un ensemble syndromique dont l'analyse permettra de remonter à l'étiologie du désordre

mental. Elle peut aussi faire démasquer l'origine d'une psychose du post-abortum et imposer un traitement adéquat (voir mon précédent mémoire). Elle est capable enfin de conduire au diagnostic d'un important désordre neuro-endocrinien et quelquefois à celui d'une tumeur hypophysaire.

C'est dire combien la recherche systématique de l'état de cette fonction féminine est capitale au cours de l'examen d'une malade mentale et quel que soit son âge.

C'est dire aussi que cette étude comprendra plusieurs chapitres, car elle variera selon l'absence ou non d'une grossesse antérieure. Avant de l'aborder, il importe, me semble-t-il, de résumer quelques notions physiologiques essentielles (normales ou pathologiques) de cette fonction de lactation.

PHYSIOLOGIE NORMALE DE LA LACTATION

Cette physiologie n'est pas encore entièrement éclairée. Dans les conceptions actuelles, on admet que la sécrétion lactée est sous la dépendance de la prolactine hypophysaire qu'on aurait quelque tendance à identifier avec l'hormone gonadotrope chorionique (L.T.H.). Elle n'entre vraiment en action qu'après l'expulsion du placenta (la seule présence de résidus placentaires *in utero* pouvant inhiber la montée laiteuse). Ensuite, la lactation sera entretenue par des facteurs d'ordre neuro-végétatif et par les réflexes neuro-hormonaux (la succession des mamelons en particulier). Le diencéphale va jouer un rôle important, auquel s'ajoutera celui tout aussi déterminant de son influx récepteur tissulaire au niveau de la glande mammaire. L'état de celle-ci, état anatomique et réceptif, conditionnera à son tour l'installation suffisante de cette fonction.

On connaît l'antagonisme entre la prolactine et la folliculine. La prolactine provoque l'aménorrhée et la folliculine bloque la sécrétion lactée vraisemblablement par l'intermédiaire de la gonadotropine sérique hypophysaire (F.S.H.).

On comprend ainsi pourquoi en cours d'allaitement la mère est privée de ses règles et pourquoi son taux personnel de folliculine est sensiblement diminué. Ce type endocrinien la place dans une situation assez particulière quant à son équilibre neuro-hormonal, équilibre qui semble plutôt favorable au point de vue psychique si la fonction de lactation s'effectue normalement.

LES ANOMALIES DE L'ALLAITEMENT ET SES RÉPERCUSSIONS NEURO-PSYCHIQUES

Ainsi orienté par ces brèves notions de physiologie, on va mieux comprendre la physiopathologie de cette fonction et ses résonances mentales.

Nous nous trouvons donc en présence d'une femme qui désire faire profiter le nouveau-né du lait maternel. Plusieurs anomalies pourront alors se présenter.

Tout d'abord de l'*hypogalactie*, due soit à un défaut de développement des glandes mammaires au cours de la grossesse, soit à un défaut de réceptivité à la prolactine par défaillance d'encéphalo-hypophysaire.

Si la maman s'entête, non seulement le nourrisson en souffrira, mais elle-même aboutira bientôt à une véritable névrose ou psychose d'épuisement, pouvant aboutir à la forme psychasthénique ou à la forme mélancolique pure.

Dans de tels cas, l'administration de folliculine à doses très faibles (associées ou non à de petites doses d'extrait thyroïdien), c'est-à-dire à doses excitatrices de l'activité d'encéphalo-hypophysaire, peut donner quelquefois de bons résultats, sinon il faut rapidement renoncer à l'allaitement et passer au sevrage.

A l'opposé, la jeune accouchée peut être atteinte d'un excès de montée laiteuse d'*hypergalactie* avec des seins durs, engorgés, douloureux, avec souvent d'assez importantes poussées thermiques et une prédisposition aux abcès locaux. C'est alors que chez des sujets prédisposés peuvent survenir de brusques accès d'excitation confusionnelle, habituellement assez facilement curables grâce à la thérapeutique appropriée (usage de tire-lait s'il le faut et surtout injection quotidienne d'une association de 20 mgr. de testostérone et de 1 mgr. de folliculine, antibiotiques en cas de menace d'abcès).

INTERDICTION OU ARRÊT DE LA LACTATION (SEVRAGE ET SES INCIDENCES PSYCHIQUES)

A) *Interdiction*, soit en raison du mauvais état général de la parturiente, soit pour des raisons locales (anomalies des mamelons, gerçures, crevasses, hyperesthésie, maladie contagieuse) : il faut procéder au blocage immédiat de la montée laiteuse. C'est là un moment capital pour l'avenir mental de l'intéressée. Beau-

coup de psychoses du post-partum sont consécutives à un blocage insuffisant.

Il faut recourir aussitôt aux fortes doses d'œstrogènes, pendant plusieurs jours, 20 mgr. à chaque injection qu'on peut utilement associer à la testostérone à la même dose.

Il faut surtout contrôler, avant de préciser la thérapeutique, qu'il n'existe pas de signe de Chvostek, de leuconychies au niveau des ongles, de signes de spasmophilie discrète, sinon les œstrogènes vont aggraver cette diathèse préexistante et déclencher *une grave névrose spasmophilique* à laquelle sont exposées les accouchées de ce type. Chez elles, il ne faut s'adresser alors qu'aux fortes doses de testostérone (40 à 50 mgr. pendant quatre ou cinq jours). La compression des seins, la purgation sont à envisager dans tous les cas.

B) *Arrêt de la lactation.* — Le tarissement d'une lactation en cours est parfois plus difficile à obtenir et ici encore, si ce tarissement s'effectue incomplètement, il faut craindre chez les prédisposées l'apparition d'une *psychose du post-partum*. Dans les très nombreux cas que j'ai eu l'occasion de traiter au cours de ma carrière, j'ai pu retenir que dans 80 % de ceux-ci existait encore une abondante sécrétion lactée, quelquefois de nombreux mois après l'accouchement, et il m'a été permis de retenir une règle stricte, à savoir : qu'on ne peut jamais affirmer, cela malgré les meilleures apparences, la guérison totale et la non éventualité de récédive de cette psychose tant que cette sécrétion n'est pas entièrement tarie.

Un contrôle de ce tarissement effectif et définitif peut être pratiqué par l'administration de petites doses de neuroleptiques, de médicaments tels qu'un sel de tétranium, de la chlorpromazine, de la réserpine. Ils ont, en effet, la curieuse propriété de faire réapparaître une galactorrhée apparemment disparue. Cette étrange action apporte une preuve de plus de l'intime relation entre le système neuro-végétatif et le système glandulaire. Elle démontre aussi qu'il faut manier de telles drogues avec beaucoup de prudence dans les psychoses puerpérales. Ces médicaments sont d'ailleurs à proscrire dans tout état de grossesse. Des contrôles physiologiques ont en effet démontré que la chlorpromazine, par exemple, avait une action fâcheuse sur le fœtus et sur l'avenir de la gestation (expériences chez la rate, *Annales d'Endocrinologie*, n° 6, 1955).

En thérapeutique psychiatrique, il apparaît donc comme pru-

dent de ne pas traiter une malade mentale qui est en état de grossesse ou qui vient d'accoucher par des neuroleptiques.

Il est malaisé de décrire isolément des psychoses du post-partum uniquement dues à la persistance anormale de la sécrétion lactée. Celle-ci n'est qu'un symptôme parmi bien d'autres qui accompagnent l'épuisement diencéphalo-hypophysaire de la post-grossesse. Cependant, il peut avoir un rôle étiologique prédominant, en accentuant la défaillance de la pituitaire en des efforts superflus et en excitant le diencéphale. Car, comme je l'écrivais dans un précédent mémoire, les hormones sériques anté-hypophysaires s'efforcent vainement de freiner cette galactorrhée inutile et intempestive. Les psychoses liées à cette anomalie prennent en général le type excito-confusionnel, mais elles peuvent être aussi très polymorphes et souvent atypiques (comme beaucoup de psychoses puerpérales). Elles sont le plus souvent associées à des troubles de la réceptivité tissulaire (réceptivité de l'endomètre contrôlable par les examens biologiques, ou seulement réceptivité de la glande mammaire à la F.S.H.).

Dans tous les cas, elles se traitent comme toutes les psychoses du post-partum, c'est-à-dire par la pneumo-encéphalographie gazeuse en période pré-ovulaire et par quelques électrochocs consécutifs. Fréquemment, cette thérapeutique suspend en même temps : le trouble mental, la sécrétion lactée, et supprime le déséquilibre neuro-endocrinien préexistant.

LES GALACTORRHÉES DES MALADES MENTALES EN DEHORS DES ÉTATS DE PUERPÉRALITÉ

A) *Les galactorrhées neuro-endocriniennes.* — Quant à l'examen d'une psychopathe, on découvre une sécrétion lactée persistante et lorsqu'on a pu éliminer toute notion de grossesse relativement récente, surtout *formellement* toute possibilité d'un abortum inconnu ou dissimulé, il faut alors rechercher d'autres étiologies et leur parenté avec l'état mental pathologique.

Il peut y avoir d'ailleurs simple coïncidence, sinon indépendance totale complète, entre les symptômes psychiques et l'activité de la glande. C'est ainsi qu'un examen local peut permettre de découvrir une tumeur évolutive du sein, une mastose sclérokystique, un galactocèle, qui n'ont rien à voir avec le trouble mental, et qui se caractérisent en général par leur unilatéralité. Il n'en est plus de même quand l'écoulement lactescent est bilatéral et surtout quand il est rythmé et aggravé par la menstrua-

tion, car il s'agit très vraisemblablement d'une origine neuro-endocrinienne.

Il faudra cette fois s'adresser à des examens biologiques approfondis : dosages de la folliculine et des corticostéroïdes, examen du fond d'œil, radiographie de la selle turcique, contrôle de la tension artérielle et du poids.

On pourra isoler ainsi des hypofolliculinies (habituellement d'origine hypophysaire), qui freinent mal la sécrétion de prolactine, surtout en période cataméniale.

On pourra ainsi démasquer une hyperandrogénie importante, elle, d'origine cortico-surrénalienne, créant un blocage œstrogénique et libérant une fois de plus de la prolactine. Enfin, on pourra découvrir une atteinte directement hypophysaire : adénome (galactorrhée assez fréquente dans l'acromégalie), ou toute autre tumeur créant une anomalie de la pituitaire antérieure.

A chacune de ces éventualités correspondra un type mental morbide particulier : apathie, fléchissement affectif, état dépressif ou aboulique, masque schizoïde chez l'hypofolliculinique ; hypersthénie, agressivité, impulsivité, virilisme chez l'hyperandrogénique, ou au contraire grande agitation anxieuse coïncidant avec des poussées hypertensives.

Chacun de ces deux tableaux cliniques et biologiques demandera une thérapeutique soit substitutive, soit antagoniste, capable de guérir à la fois l'état mental, le déséquilibre neuro-endocrinien et la galactorrhée.

Dans le troisième cas, on assistera au contraire à des présentations psychiques anormales, prenant le tableau de la tumeur cérébrale et de l'hypertension intracrânienne, qui impose la radiothérapie ou l'intervention neuro-chirurgicale.

B) *Les galactorrhées médicamenteuses.* — Si les examens biologiques et neurologiques se sont montrés négatifs, il faut envisager chez notre malade mentale une galactorrhée provoquée par l'administration de calmants nervins. Les publications de telles observations sont maintenant assez nombreuses en ce qui concerne la chlorpromazine. Actuellement, on commence à signaler des effets identiques avec la réserpine.

Il s'agit très vraisemblablement d'une inhibition du diencéphale par la drogue donnée à des doses auxquelles le sujet est mal adapté.

D'où une règle nouvelle en pratique thérapeutique psychiatrique : contrôler assez fréquemment les malades mentales ainsi

traitées et voir si ne se manifeste pas, au niveau des seins, soit une galactorrhée, soit une gynécomastie. Dans une telle éventualité, il faut tâtonner pour aboutir à une dose féconde et inoffensive, ou même quelquefois supprimer totalement l'administration de largactil ou de serpasil.

LES GALACTORRHÉES DITES PSYCHO-SOMATIQUES

Nous entrons, cette fois, dans le domaine des psycho-névroses et dans le cadre de ce qu'on a dénommé « les grossesses nerveuses ». Il est habituel d'admettre qu'un élément affectif s'associe aux fonctions de lactation. L'amour maternel y trouve certainement une de ses sources, et c'est ce qui fait écrire à Rémy Collin : « S'il est un amour plus fort que la mort, c'est bien l'amour maternel. Sans doute, il est tissé sur une trame commune et grossière, mais, sur ce plan grisâtre où les animaux brodent toujours le même dessin, la femme sait composer une tapisserie individuelle et infiniment variée, qui survit à la disparition même de la trame hormonale. Ce n'est pas assez dire que l'instinct est sublimé, il est supplanté et transfiguré par l'intelligence. »

L'instinct de lactation semble tourmenter la plupart des mamifères supérieurs et être assez souvent responsable de ces névroses qu'on nomme présentement « psycho-somatiques ».

Il est un phénomène curieux signalé par tous les vétérinaires : je veux parler des pseudo-grossesses avec congestion des mamelles et abondante sécrétion lactée qui surviennent chez les chiennes, tenues à l'écart de tout rapport sexuel. Deux fois par an, lorsqu'apparaît la période de chasse ou de rut, la chienne se met d'abord à cueillir et à rouler tous les chiffons qu'elle trouve, comme si elle voulait préparer un nid pour ses futurs chiots. Puis, rapidement, sans être couverte par un mâle, ses mamelles deviennent gonflées, turgescentes, douloureuses, avec une abondante sécrétion lactée. C'est à ces mêmes périodes bi-annuelles, et seulement alors, que s'installe une menstruation transitoire.

On retrouve dans de tels cas tout un schéma de la physiologie psycho-neuro-endocrinienne dans laquelle s'intriquent les éléments les plus variés : ambiants, saisonniers, affectifs, neuro-endocriniens et sécrétoires, avec le réveil d'instincts presque purement intellectuels, comme celui de prévoir l'avenir et de s'y préparer.

De nombreux psychiatres ont publié, depuis longtemps, chez la femme, des cas de pseudo-grossesses à peu près identiques

survenant chez des hystériques, de grandes névrosées, de grandes mystiques, et parfois même chez des délirantes constituées. La galactorrhée n'y est pas aussi constante que chez les mammifères supérieurs, mais elle s'y rencontre souvent cependant. J'ai le souvenir d'une malade entrée dans mon service avec le diagnostic de « grossesse avancée ». Le développement de l'abdomen, la congestion des seins, l'aménorrhée, la présence d'un abondant colostrum amenèrent mon approbation et, quelques jours plus tard, celle du gynécologue. Cependant, un mois après, les mensurations et le palper ne montraient aucune modification. C'est alors qu'une réaction de Zondek, ainsi qu'une radiographie montrèrent l'absence de toute gestation. Ce que confirma l'avenir. On pourrait citer ainsi de nombreux cas identiques qui illustrent la littérature psychiatrique ; souvent, la sécrétion lactée y est signalée.

C'est en de telles occurrences qu'on est obligé de convenir que cette expression de « psychosomatie » masque encore une grande ignorance de la réalité physiologique, laquelle nous fait trop souvent aboutir à une thérapeutique hâtive, toujours empirique et parfois outrancière.

Dans son dernier livre, *Les mécanismes cérébraux de la prise de conscience*, Paul Chauchard écrit : « Le conflit entre les rouages conscients et inconscients tend au refoulement physiologique des influx inconscients vers les viscères, mais il excite tous les intermédiaires entre deux cas extrêmes, celui où la névrose est surtout pathologique, aboutissant à des foyers stagnants cérébraux, inconscients, et celui où l'intégration inconsciente envoie tous ses influx périphériquement, ce qui fait que le trouble psychique est faible, consistant surtout en un transfert aux organes de la manifestation névrotique. »

L'image est séduisante, mais on a le droit de se demander par quel intermédiaire se fait ce transfert.

Depuis qu'on sait que des hormones, telles que la cortisone, peuvent déclencher ou réveiller un ulcère de l'estomac, que des médicaments à électivité neuro-végétative particulière, comme le tétranium, la chlorpromazine, la réserpine, peuvent provoquer une galactorrhée, que certains produits directement organiques dits médiateurs chimiques : histamine, sympathine, acétylcholine, etc..., peuvent créer des syndromes psycho-somatiques spéciaux, on est en droit de se préoccuper avant tout (et surtout avant de passer à une thérapeutique empirique) de ces relais, de ces intermédiaires, entre le psychique et le somatique, et de

les traiter en premier. Aujourd'hui, la mode les situe dans la formation réticulée, demain ils se déplaceront peut-être encore un peu. De toute façon, peu à peu, le problème s'éclaire et se rétrécit. C'est dans ce sens, me semble-t-il, que se situe l'avenir de la psychiatrie.

CONCLUSIONS

L'étude de la fonction de lactation et de ses incidences psychiatriques m'a conduit sans doute au-delà de mon sujet. Elle était, cette étude, la suite logique et terminale de mes deux précédents mémoires.

Comme je l'ai souvent écrit, le polymorphisme des réactions psychotiques, consécutives à ces différentes fonctions physiologiques féminines, mérite des investigations patientes de plus en plus approfondies. Car il semble bien que se situe dans ce carrefour psychophysiologique, à bases biologiques évidentes, la clef explicative de beaucoup des troubles fonctionnels que nous observons dans notre spécialité.

Comme conclusion plus directe, j'estime que s'impose le contrôle fréquent de l'état sécrétoire des glandes mammaires chez nos malades mentales.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 19 mars 1956

Présidence : M. J. BONHOMME, président

SEANCE ORDINAIRE

Election d'un membre correspondant national

Après audition du rapport du Dr Paul ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. DELMAS-MARSALET, MICHAUX et Paul ABÉLY, rapporteur, M. M. BERGOUIGNAN, professeur agrégé de neuro-psychiatrie à la Faculté de médecine de Bordeaux, a été élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique, par 16 voix sur 16 votants.

COMMUNICATIONS

Troubles mentaux et atrophie cérébrale. Les psychoses abiotrophiques, par MM. R. FAU et R. CHATEAU (de Grenoble).

Nous avons été souvent conduits ces dernières années, devant des syndromes mentaux à symptomatologie ou à évolution un peu atypique, à pratiquer des examens neurologiques complets, avec investigations para-cliniques complémentaires. Nous avons ainsi découvert, et souvent à notre surprise, derrière des tableaux cliniques très divers, un aspect d'atrophie cérébrale qui nous paraît en être le dénominateur commun.

Voici quelques-unes de nos observations : nous les grouperons sous trois chefs : syndrome pseudo-névropathique ; paroxysme anxieux et mélancolique ; état confusionnel curable.

I. ETAT PSEUDO-NÉVROPATHIQUE.

OBSERVATION 1. — C... Jean, 30 ans. Il s'agit d'un malade suivi et traité depuis 1945. Il présentait déjà, à cette époque, un long passé pathologique ; il souffrait en effet de l'estomac depuis l'âge de 13 ans et aurait à plusieurs reprises présenté des hématomés. Il se sent perpétuellement épuisé et fatigué, mais a fait cependant de bonnes études. Garçon intelligent, sensible, que ses professeurs présentent sans crainte d'échec au baccalauréat. En juin 1945, il présente donc cet examen, et il est terrassé entre deux épreuves écrites par une crise d'angoisse. Il court se réfugier chez lui, renonce à poursuivre les épreuves. Dès lors, et pendant dix ans, va s'installer un grand syndrome névropathique qui représente à la fois un état et une situation et que l'on peut résumer comme suit : troubles fonctionnels, intenses, céphalées, tête vide, sentiment d'impuissance, impressions de vertige, dit qu'il ne marche pas droit dans la rue ; troubles digestifs survenant par crise ; comportement de grand névropathique, réfugié chez lui comme dans une tanière, activité stérile, tourne en rond et vit sur son balcon, se livre à sa seule passion qui est de collectionner des livres, sort cependant tous les après-midi pour errer dans les rues, rentre épuisé, terrorise et martyrise sa famille, sa mère en particulier, l'accable d'injures, menace de se suicider, grandes scènes théâtrales, a en permanence un revolver sous son matelas. Pendant ces dix ans, a essayé à deux ou trois reprises de travailler comme vendeur chez un libraire, n'a jamais pu continuer.

A l'examen, bon contact. Aucun affaiblissement intellectuel, aucune discordance. Extériorise surtout un sentiment d'impuissance et une haine rageuse contre ses parents. Présente un sentiment obsédant de culpabilité centré sur des habitudes de masturbation.

Examen neurologique négatif ; garçon de petite taille, dont la puberté fut tardive ; sa voix muait encore à 24 ans ; a cependant un développement sexuel normal.

Tous autres examens furent longtemps impossibles et refusés par le malade, qui dit qu'il est fou et qu'il n'est rien d'autre que fou.

En 1954, nouvelle hématomé. Est alors hospitalisé à peu près de force dans une clinique chirurgicale et opéré. Il présentait un énorme ulcère de la petite courbure. Cette intervention n'amène d'ailleurs aucune amélioration.

En 1955, il acceptait enfin de se faire hospitaliser pour examens complets. L'examen clinique ne montre rien d'autre qu'un état de véritable cachexie. Poids : 39 kg. Il ne s'alimente pratiquement pas, d'ailleurs, depuis des années ; petite taille mais bien proportionné, visage fripé de vieillard, développement pileux et génital normal.

Radiographies crâniennes normales, la selle turcique est intacte. L'électro-encéphalogramme montre un tracé irrégulier, poly-rythmique, montrant à l'hyperpnée une certaine labilité. L'encéphalographie gazeuse révèle une énorme atrophie cérébrale avec hydrocéphalie ventriculaire et dilatation globale passive de ces ventricules. Le liquide céphalo-rachidien pratiqué à l'occasion de cet examen est normal.

OBSERVATION 2. — S... André, 47 ans. A mené une vie normale jusqu'en 1940, était greffier, remplissait bien les devoirs de sa charge. Homme cons-

ciencieux, maniaque et méticuleux. A fait cinq ans de captivité. En 1945, il reprend sa profession, mais il est très nerveux, coléreux, exaspéré, et surtout très anxieux. Il signole son travail, n'y arrive plus, n'en sort plus, reste au Palais jusqu'à minuit sans parvenir à terminer sa tâche. Arrête le travail en 1950. Il ne le reprendra jamais. Se sent mal, présente de gros troubles de l'humeur, menace sans cesse sa femme de se suicider. Est, en réalité, très anxieux, avec le sentiment insurmontable d'impuissance et d'angoisse devant le moindre travail intellectuel ; échec de tous les traitements : narcose, psychothérapie, réadaptation. Vit aujourd'hui sans rien faire, se promène toute la journée. Se sent bien quand il est seul, dehors, à la pêche ; fait un peu le ménage, tandis que sa femme travaille.

A l'examen, obésité moyenne, pas de trouble endocrinien, bonne activité sexuelle. Radiographies du crâne normales. Ponction lombaire normale. L'électro-encéphalogramme montre un tracé un peu lent avec des rythmes dominant à 7 et 8 c./s. ; dans la région centrale et temporale inférieure, on observe surtout des rythmes thêta bilatéraux synchrones, qui s'amplifient à l'hyperpnée. Au total, tracé de souffrance de base. L'encéphalographie gazeuse montre une très mauvaise injection des ventricules. Les sillons sont extrêmement dilatés, traduisant une atrophie à type cortical.

II. PAROXYSMES MÉLANCOLIQUES ET ANXIEUX.

OBSERVATION 3. — S... Louise, 52 ans. Il s'agit d'un sujet intelligent et exerçant la profession de comptable dans une importante entreprise. A été en parfaite santé jusqu'à l'âge de 30 ans. A cette époque, présente son premier accès dépressif à la suite d'une contrariété banale. Dès lors, elle va rechuter, et à des intervalles de plus en plus rapprochés. Tous les deux ou trois ans d'abord, puis tous les dix-huit mois ; enfin, tous les six ou huit mois.

Le processus est toujours le même. Mlle S... commence à se tourmenter à propos d'un ennui ou d'une décision à prendre, devient inquiète, perd le sommeil, et bientôt s'installe le tableau d'un paroxysme anxieux. Insomnies totales, anxiété incessante, térébrante, irrésolution aiguë, perte d'appétit, amaigrissement. A partir de 1943, les accès ont été traités par électro-chocs avec un excellent et rapide résultat, la reprise du travail s'effectuant chaque fois dans de très bonnes conditions. Puis les effets semblent s'épuiser. En 1951, cure d'insuline, guérison. En 1952, nouvelle crise. La malade, exaspérée, découragée, refuse tout traitement de choc. On fait alors une pneumo-encéphalographie dans un but thérapeutique. On a la surprise de découvrir une atrophie cérébrale importante avec dilatation ventriculaire passive, prédominant au niveau des cornes frontales, et atrophie corticale associées. La pneumo-encéphalographie donne une amélioration passagère. Six mois plus tard, nouvel échec. Cure de sommeil, guérison.

La malade dès lors renonce à son métier, simplement pour éviter les rechutes, car il n'existe toujours chez elle aucun symptôme déficitaire. Elle vit depuis deux ans au calme, sans avoir à prendre aucune décision et aucune responsabilité, chez une sœur, à la campagne ; elle n'a pas rechuté depuis lors.

OBSERVATION 4. — B... Auguste, 54 ans, facteur. Présente en 1953 un premier accès de dépression mélancolique franc avec insomnie, anorexie, recher-

che de la solitude, ne veut pas travailler, ne veut plus se lever, désespéré, a de fréquentes crises de larmes, parle de suicide.

On note, dans ses antécédents, une crise identique en 1935, qui a duré un an. Un traitement d'électro-chocs est entrepris et ne donne aucun résultat. Une courte cure d'insuline n'apporte pas davantage d'amélioration. En octobre 1954 il est revu, il est toujours dans le même état, sans courage ni volonté, il pleure ; il est alors hospitalisé en vue d'un bilan complet : ponction lombaire normale, électro-encéphalogramme normal ; l'encéphalographie gazeuse révèle une très grosse dilatation globale et symétrique des ventricules cérébraux, avec des plages d'atrophie corticale diffuses, prédominantes dans les régions rolandiques. Le malade, qui est sorti non amélioré, est désespéré. Il nous écrit spontanément deux mois plus tard, le 1^{er} janvier 1955, il vient de guérir spontanément. Il est heureux et ne présente plus aucun trouble.

OBSERVATION 5. — C... Armand, 56 ans. Est envoyé en consultation en novembre 1954 pour un état dépressif datant de deux mois.

Cet homme, veuf depuis dix ans, a vu il y a quelque temps sa fille le quitter pour entrer en pension. A été pris de panique à l'idée de rester seul, l'oblige à rester avec lui. Est dans un état permanent d'angoisse, ne peut pas dormir, perd l'appétit, refuse de sortir, est très anxieux, pleure ; inactif, ne s'intéresse plus à rien.

Après échec de divers traitements, subit un petit traitement d'électro-chocs, s'améliore très rapidement avec un bien meilleur état général et un plus grand dynamisme. Mais ce mieux ne dure pas ; ne pouvant reprendre son travail comme prévu (son usine étant fermée entre temps), redevient encore très anxieux devant cette situation nouvelle ; subit dans un autre service hospitalier une cure de sommeil sans résultat. Est revu le 15 octobre 1955, toujours très sombre, pense à la mort dont l'idée le hante, ne veut pas sortir de chez lui, se plaint de toute une série de troubles fonctionnels. Il est alors réhospitalisé pour bilan.

Le fond d'œil est normal, liquide céphalo-rachidien normal ; l'encéphalographie gazeuse montre de très gros ventricules dilatés dans leur ensemble avec plage d'atrophie corticale diffuse mais à prédominance fronto-rolandique.

OBSERVATION 6. — Mme C..., 55 ans. Était indemne à ce jour de tout antécédent pathologique. Ménopausée depuis quatre ans. Débute, en novembre 1955, en pleine santé, par un état dépressif sur lequel se greffent bientôt de brefs accès confusionnels à prédominance matinale. Est hospitalisée dix jours plus tard, très agitée, présente un délire imaginatif et mystique à caractère expansif.

Examen négatif : urée, 0,51 ; tension artérielle, 18/9. Fond d'œil normal, électro-encéphalogramme normal, ponction lombaire normale.

L'encéphalographie gazeuse montre une atrophie cérébrale importante avec dilatation ventriculaire prédominante sur la corne frontale gauche. Atrophie corticale particulièrement marquée au niveau des régions pariétales et frontales.

Cette malade a été traitée par la chlorpromazine par la bouche, à dose moyenne de 300 à 350 mgr. par jour, pendant quinze jours.

Guérison complète, sort du service le 23 décembre 1955, reprend une vie normale chez elle, n'a pas rechuté à ce jour.

COMMENTAIRES. — Il y a bien longtemps que l'on sait que les atrophies cérébrales ont souvent une symptomatologie mentale, mais le fait que nous voulons souligner est qu'il existe des atrophies cérébrales qui, dans leur symptomatologie et leur évolution, sont vraiment très particulières. Elles sont tout à fait différentes des psychoses dites involutives, dites atrophies artério-scléreuses et pré-séniles, et aussi des maladies de Pick et d'Alzheimer.

Elles en diffèrent dans leur étiologie, leur symptomatologie somatique, leur symptomatologie mentale, et plus encore peut-être dans leur évolution et leur pronostic.

1) L'étiologie en est certainement très différente : nos malades sont relativement jeunes, indemnes d'antécédents traumatiques ou infectieux importants. Les premiers symptômes sont apparus entre 15 et 50 ans. L'atrophie a été découverte entre 35 et 55 ans.

2) Du point de vue des signes somatiques et biologiques, nous n'avons jamais constaté aucun signe neurologique focal, aucun signe de la série aphaso-apraxy-agnosique, aucun trouble moteur de type pyramidal ou extra-pyramidal. Le liquide céphalo-rachidien lombaire, céphalique, fut toujours trouvé strictement normal. L'électro-encéphalogramme fut presque toujours normal. Il n'a été trouvé altéré que dans deux cas seulement, et il s'agissait d'anomalie discrète, bilatérale synchrone, aggravée par l'hyperpnée et évoquant une souffrance séquellaire de base.

3) La symptomatologie mentale est dominée par l'absence de tout symptôme déficitaire, de toute évolution régressive ou dissociative, et cependant la plupart de nos malades ont été suivis deux, cinq et dix ans. Tels sont les symptômes négatifs qui nous paraissent individualiser ces troubles.

4) Les symptômes positifs peuvent être trouvés : dans la constance de l'atrophie cérébrale, dans la symptomatologie mentale particulière et dans les caractères évolutifs.

a) L'atrophie cérébrale est le dénominateur commun de tous ces troubles ; elle a toujours été de type mixte, avec importante dilatation ventriculaire globale, plage d'atrophie corticale, à prédominance fronto-pariétale, et dilatation des citernes de base.

b) La symptomatologie mentale. Elle présente une grande difformité apparente, puisque nous avons groupé nos observations sous trois chefs :

Syndrome pseudo-névropathique. Il n'est pas inutile de souligner que ces deux malades, qui présentaient une symptomatologie purement névropathique, ont pu être suivis pendant dix ans, sans que rien, avant l'encéphalographie gazeuse, ne permette de soupçonner l'organicité de leur état.

Les paroxysmes anxieux et mélancoliques représentent le deuxième groupe, et il faut souligner ici que ces malades, atteints d'atrophie

cérébrale, ont pu présenter cinq, huit, dix épisodes anxieux curables, guérissant chaque fois, sans le moindre déficit intellectuel, sans les moindres difficultés de réadaptation à la vie normale et au travail.

Les épisodes confusionnels représentent le troisième groupe. Sans doute cette symptomatologie se rapproche-t-elle davantage de celle habituellement observée dans les psychoses pré-séniles, mais l'évolution et l'action de la thérapeutique nous incitent à les rapprocher du groupe précédent.

c) Le pronostic est dominé par la notion de curabilité partielle ou totale. La plupart de nos malades ont fait des épisodes récidivants, mais curables, et sensibles à tous les traitements : électrochocs, insuline, largactyl. Deux d'entre eux se sont installés dans un état permanent, d'allure névrotique, mais ils n'ont pas évolué vers un état déficitaire ou régressif, et n'ont présenté aucun affaiblissement intellectuel à ce jour.

On est donc, semble-t-il, en droit de conclure que la constatation d'une atrophie cérébrale n'implique pas automatiquement un pronostic d'incurabilité, et ne doit pas conduire à l'abstention thérapeutique.

Tels sont les éléments négatifs et positifs qui permettent, nous semble-t-il, d'individualiser des troubles mentaux particuliers, que l'on pourrait peut-être grouper sous la dénomination de psychose abiotrophique curable. Il manque certes le critère de l'examen anatomique en matière d'atrophie cérébrale, comme l'ont souligné MM. M. Delay et ses collaborateurs. L'examen anatomique est la base indispensable de tout diagnostic et de toute classification. En l'absence de cette vérification, nous pensons cependant que ce groupe de faits cliniques reste bien individualisé.

Dans le même ordre de fait, on pourrait objecter que l'atrophie est le résultat de thérapeutiques de choc pratiquées chez ces malades. Ici encore, le contrôle anatomique nous manque : cependant, parmi tous nos malades, un seul a reçu plusieurs séries d'électrochocs avant la constatation radiographique de l'atrophie ; deux autres reçurent une très courte série, quelques mois à peine avant l'encéphalographie gazeuse ; les autres n'avaient été soumis à aucune thérapeutique convulsivante. Cliniquement, donc, cette étiologie ne nous paraît guère vraisemblable, et l'atrophie cérébrale spontanée abiotrophique nous paraît bien être le facteur primitif.

Peut-on enfin aller plus loin, et retrouver chez ces malades, sous-jacent au phénomène atrophique, un autre dénominateur commun.

Sur le plan clinique, il nous paraît résider dans le sentiment d'impuissance que l'on retrouve de façon constante chez tous ces malades. Ce sentiment d'incapacité, d'impossibilité de faire quoi que ce soit, le fait de se sentir dépassé par la moindre décision à prendre, le moindre effort à accomplir, nous l'avons retrouvé dans tous les cas ; il est évident chez nos deux malades, atteints de syndrome pseudo-

névropathique. Il est très net aussi chez au moins deux de nos malades anxieux, dont les paroxysmes ont été toujours déclenchés par une décision à prendre, une difficulté, un changement de condition de travail, et nous rappelons que l'une de nos malades, rechutant depuis quinze ans sans cesse, n'a plus rechuté du jour, où, fuyant toute décision et toute responsabilité, elle est allée se réfugier chez sa sœur, à la campagne.

Tout se passe comme si l'atrophie cérébrale laissait subsister un équilibre psycho-affectif incertain, passager, une apparence d'équilibre qui se maintient tant que rien ne vient exiger de ces malades un effort d'adaptation nouvelle. A la première difficulté, à la première décision, apparaît le sentiment d'impuissance, qui tantôt déclenche le paroxysme, tantôt se trouve être à la base de la construction névrotique.

Peut-être peut-on trouver ici, sous la diversité apparente, un élément clinique, qui, par-delà le fait de l'atrophie, réunit ces psychoses.

Note sur l'utilisation en psychiatrie d'un nouveau neuroleptique, par MM. FOURS, LAINE, FRANÇOIS et PAGOT.

Lors du Colloque international sur les neuroleptiques, notre attention fut attirée par la communication du professeur Heuyer et de ses collaborateurs, sur l'atarax en médecine infantile.

Du point de vue chimique, l'atarax est un dérivé du benzhydrol-benzhydryl-hydroxyéthoxy-éthyl-diéthylène-diamine.

La toxicité aiguë par voie orale est très réduite. Quant à la toxicité chronique, elle paraît, elle aussi, bien limitée. L'atarax est habituellement administré *per os*, sous forme de sirop et de dragées. Il existe aussi sous forme de suppositoires, et d'ampoules pour injections parentérales. La posologie moyenne se situe aux environs de 75 mgr. *pro die*. Dans certains cas, on peut monter jusqu'à 200 et 300 mgr., doses qui nous ont paru toujours bien supportées.

De même que les narcobiotiques, il est doué d'activités adrénolytique, analgésique, anesthésique, anticholinergique, antiémétique, antihistaminique, antiparkinsonienne, antispasmodique, et potentialisatrice des hypnotiques et des amphétamines. Il a en outre des effets hypothermiques, hypnotiques et hypotenseurs. On trouvera prochainement, dans les Archives internationales de pharmacodynamie, un travail de Mlle Levis et collaborateurs sur les activités comparées de l'atarax, de la chlorpromazine et de la prométhazine. Signalons, pour terminer, que lors des essais pour la détermination de la dose maximum il n'a jamais été observé d'états catatoniques. Il y a donc lieu de supposer que l'atarax, contrairement à la chlorpromazine et à la réserpine, ne produit pas de tels effets. C'est un sédatif non hypnotique et non curarisant. Il provoquerait un état d'ataraxie, c'est-à-dire

de calme de l'esprit, avec stabilité émotionnelle. Il ferait disparaître tout excès dans la réactivité. L'individu ataraxé garderait la pleine conscience des stimuli qui provoquent son trouble, mais sa réaction serait celle d'un sujet bien équilibré. Aussi serait-il particulièrement indiqué dans les états de nervosisme et de nervosité. C'est chez de tels malades qu'il semble avoir été expérimenté en Belgique, ainsi qu'ont pu l'écrire les collaborateurs du professeur Bergouignan.

« A lire les observations de nos confrères belges, il semble qu'ils se soient adressés à des malades assez différents de ceux qu'on trouve dans les services de psychiatrie. En particulier, ils ont traité de nombreux malades, dont la nervosité semblait beaucoup plus en rapport avec leurs conditions d'existence qu'avec des problèmes profonds de personnalité. »

Cette observation appelle quelques remarques. Il semble, en effet, très difficile d'apprécier l'effet possible d'une médication chez de tels malades. Le simple contact avec un médecin compréhensif, ou encore une modification minime des conditions d'existence, peuvent suffire pour dissiper la nervosité de pareils sujets, et il serait exagéré de rapporter de tels changements de comportement à une thérapeutique qui a pu ne jouer qu'un rôle adjuvant, voire même aucun effet. Aussi avons-nous été beaucoup plus intéressés par les résultats rapportés par les professeurs Heuyer, Bergouignan et Zubiani.

Ce dernier auteur rapporte d'excellents résultats chez des malades hospitalisés (névroses graves, schizophrénies, personnalités psychopathiques, surtout schizoïdes).

Depuis quatre mois, nous avons pu disposer de quantités suffisantes pour expérimenter ce produit sur une assez grande échelle, d'une part au dispensaire d'hygiène mentale, sur de petits nerveux, ainsi qu'au centre d'observation et dans le service d'enfants arriérés de l'Hospice Pasteur, d'autre part dans notre service, où nous l'avons systématiquement essayé dans les différents syndromes psychiatriques.

Au début, nous avons tenu à prescrire l'Atarax isolément. Nous avons obtenu d'indiscutables succès, mais très rapidement il nous est apparu que les résultats étaient meilleurs, et surtout plus constants, lorsque l'Atarax était associé à d'autres médicaments. Chez plusieurs malades stabilisées que nous connaissions bien, l'adjonction d'atarax à notre cocktail (réserpine et chlorpromazine) a permis des améliorations surprenantes. Si l'atarax est loin d'être une panacée universelle, s'il n'est pas, tant s'en faut, le médicament spécifique des états de nervosisme et de nervosité, il présente cependant un indiscutable intérêt, d'autant plus qu'il semble avoir des actions électives dans certains syndromes, et qu'associé à d'autres drogues il potentialise et complète leurs actions.

Nous nous bornerons à vous rapporter brièvement nos résultats.

1° Les états d'agitation constituent une bonne indication. Associé à notre cocktail habituel, l'atarax nous a permis de réduire rapide-

ment une agitation persistante dans six cas de manie. Cinq de ces malades étaient des cyclothymiques, aux accès prolongés, et résistant à toutes les thérapeutiques. Dans un cas, il s'agissait d'un premier accès. Bien que très améliorée par les neuroleptiques, la malade restait instable, acariâtre. L'atarax a procuré une normalisation de son comportement, permettant la sortie.

Chez les séniles présentant des états d'agitation, souvent à teinte anxieuse, l'atarax prescrit isolément nous a donné des résultats intéressants dans près de la moitié des cas.

2° Les schizophrénies avec troubles du caractère, impulsivité, état pénible de tension intérieure, tendances dépressives, sont elles aussi favorablement influencées par l'atarax. L'indication majeure paraît être la schizophrénie à forme schizoïdique, avec retranchement, malaise intérieur, autisme pauvre et réactions agressives marquées. Dans deux cas de ce genre, les résultats ont été si brillants que nous avons pu rapidement supprimer les autres neuroleptiques et ne laisser que l'atarax.

3° Dans les états d'instabilité, de turbulence avec troubles du caractère, les résultats nous ont paru intéressants dans près de la moitié des cas. Chez l'enfant, nous avons obtenu quelques résultats excellents. La modification du comportement a été d'autant plus spectaculaire qu'elle s'est accompagnée d'un certain accroissement de l'efficacité pragmatique et intellectuelle.

4° Dans les névroses obsessionnelles, il semble que l'atarax puisse parfois donner des résultats satisfaisants. Il calme, détend, diminue l'activité obsessionnelle, réduit la fréquence des tics, stimule le tonus psychique, et améliore l'instabilité, permettant la reprise d'une activité utile, indispensable à la guérison de ces sujets.

5° Dans les états dépressifs accentués, les résultats nous ont paru moins bons, mais il convient de noter qu'associé à d'autres drogues nouvelles l'atarax retrouve un réel intérêt.

Contrairement aux neuroleptiques, l'atarax ne produit que très rarement des effets secondaires. Les vertiges, la somnolence, l'asthénie, les tremblements, sont exceptionnels. Il suffit souvent de baisser les doses pour les faire disparaître. Par contre, deux effets nous ont paru fréquents :

1° Une excitation paradoxale, rappelant celle que l'on peut voir avec le phénergan. Cette aggravation se voit dans environ 15 % des cas. Elle semble plus fréquente chez l'enfant, ainsi que chez le vieillard. Elle est surtout marquée chez certains grands arriérés.

2° Un autre effet secondaire très intéressant, laissant prévoir des indications thérapeutiques imprévues, est l'effet hypotenseur. Cet effet hypotenseur, faible et fugace chez les normotendus, est durable et parfois marqué chez les hypertendus. Cet effet nous a paru assez constant, neuf fois sur dix dans notre série. Il nous a semblé assez

comparable à l'effet hypotenseur du serpasil. Cet effet va parfois en s'accroissant avec le temps, et la chute tensionnelle a pu atteindre trois à quatre points. Deux fois, cette hypotension s'est accompagnée d'asthénie, qui a provoqué la rechute dans un cas de dépression.

Signalons pour terminer que chaque fois qu'à titre exceptionnel, ou en raison de retard dans la réception de la drogue, nous avons interrompu l'administration d'atarax, nous avons observé une aggravation de l'état mental, ainsi qu'une élévation de la tension artérielle.

En résumé, l'atarax semble pouvoir être rangé dans la catégorie des neuroleptiques. Son action est certaine, et d'autant plus intéressante qu'elle couvre en partie certains secteurs, où les autres neuroleptiques donnent souvent peu de résultats, en particulier l'instabilité, ainsi que les états dépressifs, névrotiques et schizoïdiques. Pratiquement dénué d'effets secondaires défavorables, l'atarax paraît dans ces cas bien préférable. Associé à ces neuroleptiques, il permet d'en réduire les doses, tout en augmentant l'efficacité thérapeutique. Il en est de même de l'association avec certaines drogues nouvelles dans le traitement des états dépressifs, anxieux et névrotiques.

Note sur les médications récentes des états névrotiques anxieux et dépressifs, par MM. FOUKS, LAINE, FRANÇOIS et PAGOT.

La chimiothérapie psychiatrique paraît être entrée dans une ère révolutionnaire et féconde. Elle fait de tels progrès qu'il devient difficile de se tenir au courant. Le praticien a même parfois la désagréable surprise d'être informé de ces progrès par la presse en même temps que le grand public. On ne sait trop ce qu'il convient le plus de regretter, les informations intempestives et prématurées de certains quotidiens, ou l'ignorance trop longtemps affectée de nos revues spécialisées. Aussi, avons-nous pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de vous rapporter les résultats thérapeutiques que nous avons pu obtenir grâce à l'utilisation de certains de ces corps récents, dont le nombre se multiplie si rapidement.

A l'exception de la sérotonine et du fœnichel, ces nouveaux produits paraissent surtout efficaces dans les états névrotiques. Les psychoses confirmées seraient bien moins sensibles.

L'introduction de ces drogues nouvelles dans l'arsenal thérapeutique du psychiatre est d'autant plus intéressante que c'est justement dans ces cas que les neuroleptiques donnent les moins bons résultats. Leurs effets secondaires, nuisibles, font souvent perdre le bénéfice que leur administration avait pu entraîner.

A l'exception de l'atarax et de l'oblivon, nous n'avons disposé que

de quantités limitées et discontinues de ces drogues. Nous n'avons pas eu le temps de traiter un nombre suffisant de malades, et notre recul est trop récent. Enfin, il est très difficile de faire une étude valable de l'activité comparée de chacune de ces drogues.

Chaque fois que nous avons pu, nous avons essayé de les prescrire isolément ou successivement. Très rapidement, l'apparition d'effets secondaires indésirables nous a fait renoncer à une posologie élevée. Nous avons ainsi été amenés, comme pour les neuroleptiques, à user d'une posologie modérée, tout en recherchant les associations les plus efficaces.

Nous rappellerons rapidement le réel intérêt que présente le CH-36 de Reichel dans les états névrotiques, dépressifs et asthéniques. La formule améliorée que nous avons proposée l'an dernier nous paraît supérieure au produit d'origine. C'est un complexe de solutions hypertoniques associées à des vitamines. Ses vertus psychotoniques sont si marquées que, malgré la sensation désagréable produite par l'injection, il existe une véritable toxicomanie au CH-36.

Nous insisterons tout particulièrement sur le miltown, ou équanil. C'est un corps dérivé de la méphésine, c'est le 2-méthyl-2-n-propyl-1-3-propanédiol-dicarbamate. Il agirait en bloquant les connexions nerveuses, provoquant une relaxation pouvant aller jusqu'à la paralysie des muscles striés, sans toutefois troubler les activités vitales. Il serait susceptible d'indications intéressantes dans l'épilepsie, dans la chorée, ainsi que dans la maladie de Parkinson. Ses principales indications en psychiatrie seraient les états de tension nerveuse et d'anxiété. Il est présenté sous forme de comprimés dosés à 400 mgr. La posologie serait de deux à huit comprimés par jour. Ces doses nous paraissent excessives. Chaque fois que nous avons dépassé trois à quatre comprimés par jour, nous avons vu survenir des états ébrioux, ainsi que des vertiges. Le miltown nous a donné d'excellents résultats dans les états de tension nerveuse, de cafard, d'insomnie et d'anxiété. Associé à l'atarax et à la bémactazine, il nous a donné d'excellents résultats dans les névroses obsessionnelles et dans les tics lorsqu'il existait une forte composante anxieuse.

Le N-oblivon, ou carbamate de méthyl-3-1-01-3, corps voisin du méthylpentynol, composé chimique entièrement nouveau (alcool tertiaire acétylénique), étudié en Amérique depuis 1951. Sa toxicité aiguë et chronique serait faible.

Le N-oblivon possède les mêmes propriétés chimiques que le méthylpentynol, il résulte de l'estérification du méthylpentynol par l'acide carbamique. Il présente les avantages suivants :

1° effet retard persistant pendant quatre heures, alors que celui du méthylpentynol ne dure que une heure et demie ;

2° activité quatre fois supérieure, pour une toxicité voisine.

Il aurait :

- 1° une action relaxative ;
- 2° une action sédative et très légèrement hypnotique ;
- 3° une action préventive sur les crises audiogènes du rat.

Il agirait d'une manière élective sur les centres hypothalamiques, où naissent les incitations émotionnelles. Son mécanisme d'action peut être comparé à celui d'un disjoncteur du courant émotionnel circulant entre le cortex cérébral et les centres de commande du système neurovégétatif. Les tracés électroencéphalographiques, après administration de N-oblivon, sont superposables à ceux du sommeil normal. Il agirait surtout chez les sujets ne présentant pas de névrose caractérisée, mais présentant une hyperémotivité, avec tendances anxieuses et phobiques. C'est un psycho-somato-plégique, indiqué dans les dystonies neurovégétatives, ainsi que les névroses d'angoisse. Il se présente sous forme de comprimés dosés à 0 mgr. 10. La posologie moyenne serait de 1 à 5 dragées par jour. L'oblivon nous a donné parfois des résultats intéressants, et il nous a permis d'obtenir des améliorations là où d'autres drogues avaient échoué. Dans l'ensemble, ses indications nous paraissent voisines de celles du miltown, mais son efficacité nous paraît être inférieure. Contrairement à ce qu'on nous avait annoncé, l'effet hypnotique ne nous a pas paru négligeable. Malgré une posologie, qui n'a souvent pas dépassé 3 à 4 comprimés par jour, de nombreux malades ont accusé des sensations de lourdeur, et parfois même de somnolence. Par contre, son effet de potentialisation, vis-à-vis des barbituriques, nous a semblé plus faible que celui qu'on nous avait signalé. L'oblivon est d'un réel intérêt. Il est logique de l'utiliser au cours des cures de sommeil.

Pour terminer, il nous reste à parler des dérivés du benzhydrol. Cette série paraît aussi intéressante que la série des phénothiazines. En plus de corps à action antihistaminique et antiparkinsonienne, comme le bénadryl, elle comprend toute une série de corps très intéressants pour le psychiatre :

a) La bénactyzine, ou parasan, ou suavityl. C'est un produit d'origine danoise. C'est le chlorhydrate de diéthyl-amino-éthylester d'acide benzylique, corps connu depuis 1936. Ses effets périphériques sont assez bien étudiés. C'est un spasmolytique, son effet anti-cholinergique est d'environ 25 % de celui de l'atropine, et son effet mydriatique est particulièrement marqué. L'action antagoniste de l'ion Ba ++ est d'environ 50 % de celle de la papavérine. C'est en outre un anesthésique local, et son effet sur le cœur, semblable à celui de la quinidine, est trois fois aussi fort que celui de la quinidine. La toxicité, aussi bien aiguë que chronique, paraît assez faible. La bénactyzine est présentée sous forme de petits comprimés, dosés à 1 mgr. La posologie moyenne serait de trois à quatre comprimés par jour. La bénactyzine n'est pas un hypnotique. Ce n'est pas

un dépresseur, elle n'a aucune action sur l'agressivité. Elle est dépourvue d'action euphorisante, aussi n'entraîne-t-elle ni accoutumance, ni toxicomanie. Elle provoquerait un blocage spécial dans les associations d'idées spontanées, permettant un état de distraction maximum. Les ondes alpha de l'électroencéphalogramme disparaissent, au moment du paroxysme des symptômes subjectifs, après administration sous-cutanée de 4 à 6 mgr. En outre, elle diminue nettement les réponses neurovégétatives aux émotions. Elle est dénuée d'effet sur la température ainsi que sur la tension artérielle. En cas de surdosage, des effets secondaires peuvent apparaître : sensations mal définies de malaises, avec blocage des pensées, vertiges légers, relâchement musculaire, voire même ataxie. D'après les auteurs danois, la bénactyzine donnerait 50 % de bons résultats dans les psychonévroses (névroses dépressives, asthéniques et obsessionnelles).

Personnellement, dans les névroses obsessionnelles, la bénactyzine nous a donné des résultats comparables à ceux de l'atarax. Les résultats ont été excellents dans trois cas de dépression d'involution, avec anxiété, gémissements, pleurs, état lectuaire, où l'atarax n'avait entraîné qu'une amélioration passagère.

b) Le N-68, ou covatine, c'est le sulfate de parabutylmercapto-benzhydryl-méthyl-amino-éthyl. Produit d'origine danoise, comme la bénactyzine, il fut d'abord présenté comme sédatif potentialisant l'action des narcobiotiques. Avec G. Deyssen et G. Boehm, Ph. Decourt mit en évidence ses propriétés narcobiotiques, associées à une action psychotonique, qui conduisirent à l'essayer en psychiatrie. D'après cet auteur, la toxicité serait très faible, et l'on pourrait donner jusqu'à 15 comprimés par jour. L'activité serait d'ailleurs différente selon la posologie, les propriétés narcobiotiques ou psychotoniques variant selon les doses. Les propriétés psychotoniques nous ont paru prédominantes. Elles sont si marquées que nous avons assisté à l'éclosion d'accès confuso-maniaques. Aussi, chez nos malades, avons-nous décidé d'adopter une posologie prudente, deux à trois comprimés à 50 mgr. par jour, le matin au réveil. Cette dose suffit pour produire une stimulation à teinte euphorique, souvent fort agréable. Malheureusement, même avec des doses modérées, il provoque facilement un état d'énervement et de tension. Aussi est-il indispensable de l'associer à certains neuroleptiques, en particulier à l'atarax.

c) Le mératran (ou chlorhydrate de pipradol). C'est l'isomère du Frenquel. Alors que ce dernier serait un dépresseur doué de propriétés antihallucinatoires, le mératran est, au contraire, ainsi que le N-68, un psychotonique. Il se présente sous forme de petits comprimés, dosés à 1 mgr. La posologie usuelle serait de 4 à 6 comprimés par jour, répartis en deux fois, l'une au réveil, l'autre à midi. Il serait indiqué dans les états dépressifs, sans anxiété ni agitation. Le mératran est effectivement un psychotonique fort intéressant, mais il réveille très facilement l'anxiété. Il doit être

réserve aux déprimés asthéniques, encore est-il prudent de ne pas dépasser quatre comprimés par jour, deux au réveil, deux à 10 heures. Ces doses doivent être diminuées assez rapidement. Associé à certains sédatifs, il est possible que ses indications puissent être élargies. Il permet parfois d'obtenir des résultats spectaculaires, mais il doit être prescrit à bon escient.

d) Nous n'insisterons pas sur l'atarax, chlorbenzhydryl-hydroxy-éthyl-diéthylène-diamine, qui a fait l'objet d'une communication séparée. Rappelons son intérêt dans les névroses obsessionnelles, les états d'instabilité, ainsi que les personnalités psychopathiques.

En conclusion, l'arsenal thérapeutique du psychiatre s'est enrichi d'un grand nombre de drogues nouvelles, toutes fort intéressantes. En raison des susceptibilités électives de chaque malade, il est impossible de prévoir à l'avance la drogue qui donnera les meilleurs résultats. D'autre part, une posologie trop élevée provoque l'apparition d'effets secondaires, d'autant plus indésirables que l'on connaît la sensibilité, aggravée par les tendances introspectives et hypochondriaques de ces malades. Aussi nous a-t-il paru préférable d'associer ces différentes drogues. Dans les névroses obsessionnelles, on utilisera surtout l'atarax et la bémactazine. En cas de composante anxieuse accentuée, on ajoutera une légère quantité de miltown ou d'oblivion.

Dans les états dépressifs anxieux, on associera atarax-bémactazine-miltown et oblivion. Dans les états asthéniques, le métratan à doses prudentes peut donner d'excellents résultats.

Pour Ph. Decourt, la place de la covatine (N-68) paraît devoir se situer surtout dans la correction des troubles de psychisme supérieur, et spécialement de ces troubles d'origine caractérologique, qu'il a dénommés « agapraxie ».

Pour terminer, signalons que, dans les dépressions mélancoliques, l'association atarax-bémactazine-miltown-oblivion et nembutal permet de réaliser une cure de sommeil qui nous a paru bien supérieure à la cure neuroleptique. En cas de psychose grave, il semble cependant utile d'ajouter au départ une légère dose de neuroleptiques (1 mgr. de serpasil, 50 mgr. de largactil).

Pour conclure, nous tenons à insister sur les difficultés que rencontre le praticien qui veut expérimenter ces différentes drogues. La réglementation actuelle est extrêmement gênante et inopportune. Elle a pour résultat de défavoriser les psychiatres français. Il y a là une situation préjudiciable pour la psychiatrie française, qui fut si longtemps au premier plan. La plupart de ces corps sont étudiés depuis plusieurs années à l'étranger, leur toxicité est connue, rien ne s'oppose donc à leur introduction chez nous. Peut-être notre Société pourrait-elle émettre un vœu, afin que le Ministère assouplisse, dans une certaine mesure, les difficultés actuelles.

DISCUSSION

M. Ph. DECOURT. — A propos de l'agapaxie, il est essentiel de bien la distinguer d'autres troubles caractérogéniques ou pathologiques, constitutionnels ou acquis. Je me bornerai maintenant à souligner l'importance de ne pas confondre les réactions excessives de l'agapactique avec les réactions excessives de l'hyperémotif.

L'« émotion » est une réaction organique immédiate et brève qui est déclenchée par une sensation ou une situation subite et inattendue. Cette réaction organique est commandée par des mécanismes déjà très étudiés et que j'ai rappelés en particulier au Colloque de Barcelone, dans un « Essai d'études théoriques sur certains problèmes posés par l'application de la thérapeutique narcobiotique en psychiatrie » : mécanisme nerveux à effet quasi-immédiat, mécanisme adrénalinique secondaire, et enfin réaction inhibitrice plus ou moins rapide.

Au contraire, l'hypermotivité mentale de l'agapactique trouve son origine dans un conflit qui se passe exclusivement dans le domaine de la vie psychique supérieure : c'est l'analyse psychologique d'un événement, dont l'attente prédisposait déjà à un sentiment d'anxiété, qui entraîne la contrariété psychique ou morale dont la résonance sera très grande pendant longtemps chez l'agapactique.

La réaction émotive correspond à un phénomène réflexe relativement élémentaire, en rapport avec un instinct immédiat de conservation non analysé. Elle déclenche un « état de vigilance » psychique secondaire, mais, pendant la phase émotive, l'individu perd plus ou moins ses facultés psychologiques normales, et cette diminution des facultés psychiques supérieures est d'autant plus forte et prolongée que l'individu est plus émotif. Ainsi, l'émotion se caractérise par une prédominance momentanée d'une réaction instinctive primaire, essentiellement organique, sur les facultés psychiques supérieures qu'elle tend à inhiber.

Au contraire, l'agapaxie se traduit par une réaction excessive des fonctions psychiques supérieures sur le comportement.

La « constitution émotive » de Dupré fait état d'une « insuffisance de l'inhibition réflexe motrice et volontaire », d'une incapacité de « s'adapter aux circonstances soudaines, aux situations imprévues », toutes réactions excessives qui sont bien en rapport avec le phénomène de l'émotion.

Il n'y a pas d'antagonisme absolu entre l'agapaxie et l'hyperémotivité : l'agapactique peut, simultanément, être un hyperémotif. Mais il existe un antagonisme partiel : bien que l'agapactique puisse avoir des réactions émotives immédiates, parfois violentes et même excessives, dans le cas de grandes émotions (par exemple à la suite d'un accident grave), après le « sursaut » émotif immédiat, il se révèle le plus souvent — grâce justement à la prédominance de ses fonctions psychiques supérieures sur les centres inférieurs — remarquablement actif et efficace dans son comportement. Dans les mêmes circonstances brusquement graves, l'hyperémotif, par l'affaiblissement momentané de ses fonctions psychiques supérieures, constitue souvent au contraire plus une gêne qu'une aide dans l'organisation des secours.

De toutes façons, le « sursaut » réflexe organique, brusque, que provoque l'émotion, même lorsqu'il est excessif dans son intensité et sa durée, n'a aucun rapport avec la réaction excessive de souffrance (ou de joie) qui découle, chez l'agapactique, de son jugement sur un événement après réflexion mentale délibérée.

Cette distinction est très importante du point de vue thérapeutique car, d'une façon générale, le N 68 me paraît agir relativement mieux que la chlorpromazine dans le domaine de la vie psychique supérieure, alors que la chlorpromazine agit au contraire relativement mieux sur des réactions

organo-psychiques appartenant au domaine de la vie réflexologique. On ne peut s'en étonner puisque, dans ces derniers cas, l'adrénaline joue un rôle important et que la chlorpromazine est un « adrénolytique », tandis que le N 68 ne possède aucune action adrénolytique et est même légèrement adrénalino-sensibilisant.

Un autre point qui mérite d'être souligné, est que le N 68 peut agir sur les réactions et le comportement de l'agapactique pendant des périodes relativement longues après la cessation du traitement : ainsi une action médicamenteuse, donc organique, peut modifier autrement que par un simple effet symptomatique momentané un état mental d'origine constitutionnelle. Ce fait, en soi extraordinaire, me paraît d'une grande importance pour la connaissance des mécanismes organiques de la vie psychique supérieure.

Fait curieux : une jalousie anormale, à la fois par l'insuffisance des causes qui lui servent de prétexte et par l'excès de ses manifestations, peut disparaître de façon durable sous l'effet du N 68. Dans ce cas, il s'agit d'une constitution caractérologique, et celle-ci peut être pourtant modifiée de telle façon que le sujet s'étonne lui-même de ses anciennes réactions jalouses à des faits qui le laissent maintenant indifférent, et alors même que l'administration de covatine est suspendue depuis plusieurs semaines.

Avec le docteur-vétérinaire R. Belot, nous apporterons bientôt des observations de psycho-névroses chez des chevaux de course que le N 68 peut également faire disparaître de façon durable.

M. S. FOLLIN. — J'ai l'impression que mon ami Fouks vient de soulever ici un problème de pratique quotidienne pour nous, car c'est vrai qu'un très grand nombre de nos malades sont complètement transformées par les thérapeutiques de 4560 R.P. ou réserpine mais restent cependant inertes, sans initiative, sans projet d'avenir, et j'ai observé comme Fouks que, dans quelques cas, l'adjonction d'un excitant (amphétamine en particulier) entraîne une amélioration incontestable. En fait, il faut être assez nuancé. Je viens de voir ce matin même une schizophrène ancienne (début en 1949, en permission d'essai chez elle, inactive) ; j'avais associé une très faible dose d'amphétamine à son traitement, mais le père m'a souligné la reprise sous forme larvée de quelques mouvements d'humeur agressive à son endroit qui avaient marqué le début de la psychose ; il a donc de lui-même supprimé cette drogue et s'est contenté de donner à sa fille deux à trois bols de café par jour. Ainsi, tout en restant sous les mêmes doses, faibles d'ailleurs, de 4560 R.P. (par 75 mgr.), elle a commencé à devenir un peu plus active, participant au ménage, mais reste malgré tout sans initiative sociale valable.

Des problèmes beaucoup plus généraux sont encore posés sur deux plans : d'une part, cette chimiothérapie ne peut en aucun cas être considérée comme suffisante en elle-même quelle que soit la multiplicité des associations que Fouks préconise, mais elle doit s'accompagner d'une conduite psychothérapique quelles qu'en soient les formes : institutionnelles ou individuelles. D'autre part, sur le plan thérapeutique, l'association de drogues ayant une action inhibitrice à des drogues ayant une action d'excitation sur l'activité nerveuse rappelle, quel que soit le mécanisme d'action sur telle ou telle zone du névraxe, l'intérêt d'une association de ce genre, mais rappelle aussi la mise au point par Pétrova, dans les observations de laboratoire de Pavlov, d'une thérapeutique des névroses expérimentales par l'association bromure-caféine, association qui, dans certaines petites névroses, surtout liées à l'hyperémotivité, m'ont parfois donné d'excellents résultats dans la pratique clinique.

M. L. FOUKS. — Je suis d'accord avec ce que vient de dire mon ami Follin. Il est souvent délicat et difficile d'apprécier le résultat d'une thérapeutique

chez de tels malades. Souvent même, en raison de leur méfiance vis-à-vis des drogues, ils ont tendance à se plaindre, et à accuser le médicament de les aggraver. Mais Follin l'a dit lui-même, ces médications paraissent intéressantes et justifient une expérimentation approfondie.

La correction des effets secondaires des médications dites neuroleptiques, par MM. FOUKS, LAINE, FRANÇOIS et PAGOT.

Depuis dix-huit mois, nous avons pratiquement renoncé aux thérapeutiques de choc dans les états schizophréniques et délirants, aigus ou chroniques. Les résultats de la médication, dite neuroleptique, nous ont paru bien supérieurs à ceux des thérapeutiques classiques. Après dix-huit mois de recul, non seulement nous sommes en mesure de confirmer nos premières impressions, concernant la sédation de l'agitation et de l'agressivité, mais encore il nous est permis d'ajouter aujourd'hui que nous avons eu la surprise d'assister à des améliorations en profondeur progressives et inespérées, chez nombre de malades internés depuis cinq à vingt ans, pour lesquelles il semblait légitime de porter un pronostic d'incurabilité. Au cours des derniers mois, grâce à l'emploi de correcteurs enfin appropriés et efficaces, nous avons pu augmenter le nombre des améliorations intéressantes, ainsi que des sorties et des permissions.

Si l'on veut éviter les rechutes, la médication neuroleptique doit être prescrite à doses suffisantes, et surtout elle doit être prolongée aussi longtemps que possible. La rechute est de règle chez ces malades indociles, qui, se croyant guéries, suppriment leurs drogues. Nous avons aussi vu se produire de nombreuses aggravations chaque fois que l'apparition de symptômes psychomoteurs nous incitait à diminuer progressivement les doses. La nécessité d'une posologie efficace pendant un temps prolongé, et peut-être même indéfini, nous paraît bien établie ; l'apparition et surtout le traitement des effets secondaires indésirables revêtent en conséquence une importance capitale. Seule l'absence ou la réduction de ces effets secondaires permettent le maintien d'une posologie suffisante. Il est donc nécessaire :

1° D'augmenter l'efficacité thérapeutique, en associant les drogues, afin d'user d'une posologie modérée, bien qu'efficace.

2° D'utiliser des correcteurs appropriés. Très rapidement, en effet, malgré notre posologie modérée (4 mgr. de serpasil et 100 mgr. de largactil), nous avons été gênés par l'apparition de ces effets secondaires. Deux sont particulièrement gênants par leur fréquence et leur nocivité :

1° les syndromes psychomoteurs, qui comprennent des sensations d'impatience, des accès de tremblements, des états d'hypertonie (attitude soudée, faciès figé, akathisie, instabilité psychomotrice), réali-

sant un tableau de parkinsonisme toxique et expérimental, bien que plus rares, les syndromes parkinsoniens typiques, avec tremblements, hypertonie, parfois même roue dentée et sialorrhée, sont beaucoup plus gênants, il en est de même des grandes crises pithiatiques, avec cris, hurlements, agitation psychomotrice désordonnée ;

2° l'asthénie physique et surtout psychique est encore plus fréquente et plus nocive. En effet, elle masque l'état mental réel. L'agressivité, l'activité délirante et hallucinatoire ont disparu, mais les malades restent vides, figés, apathiques, inertes. Il pourrait sembler à un observateur peu averti qu'il s'agit d'un échec thérapeutique. L'aspect de ces malades évoque en effet celui de ces vieux schizophrènes, stabilisés dans un état pseudo-catatonique, où domine l'athymormie, le désintérêt, l'instabilité, la désinsertion. Pourtant, l'amélioration s'est faite en profondeur, mais les neuroleptiques ont provoqué un état d'inertie pseudo-schizophrénique, voisin de la syntonie régressive des lobotomisés. Il suffit de dissiper cette asthénie pour voir s'animer ces malades, qu'on aurait pu croire irrémédiablement amorphes et adynamiques, et pour assister à des résurrections imprévues.

Après de nombreux tâtonnements, notre choix a fini par se fixer sur deux correcteurs, particulièrement efficaces et synergiques : l'artane et le maxiton.

Au cours du dernier Congrès de Nice, le docteur Denber, que nous sommes heureux de remercier ici, nous fit part des excellents résultats obtenus par les auteurs américains avec l'artane, dans le traitement des syndromes parkinsoniens provoqués par le largactil à doses *fortissima*.

Les résultats ont dépassé nos espérances. Non seulement l'artane nous a permis de nettoyer tous les syndromes psychomoteurs : impatiences, tremblements, instabilité psychomotrice, akathisie, akinésie, mais encore nous avons eu l'heureuse surprise de constater que l'artane avait un effet euphorisant et psychotonique fort intéressant. Non seulement nos malades se sont améliorées du point de vue somatique, mais elles ont aussi progressé du point de vue mental. Elles sont devenues plus dociles, plus stables, plus détendues et plus optimistes, surtout, l'instabilité et l'asthénie nettoyées, elles ont retrouvé une efficacité pragmatique plus normale. Cet effet de stimulation produit par l'artane a été signalé par de nombreux auteurs, en particulier Effran et Demker, Raffle, qui ont noté de façon constante une diminution de l'apathie mentale et de l'hébétude, ainsi qu'une sensation de bien-être. Chez nous, Bergouignan, Baudoin et Lereboullet, Chavany, Ravina et Targowla, n'ont pas manqué d'insister sur cette action stimulante et euphorisante, très appréciée des malades, et qui s'oppose à l'action soporifique des antihistaminiques.

Quant aux amphétamines, leur action psychotonique et stimulante est bien connue. Nous n'avons pas manqué d'y recourir, en cas d'asthénie marquée, avec d'excellents résultats. Il suffit d'ajouter une

quantité modérée d'amphétamines le matin au réveil pour dissiper cette asthénie et réveiller le psychisme assoupi. Il nous a semblé que les amphétamines avaient aussi une action bienfaisante sur les effets psychomoteurs mineurs : instabilité, apathie, akinésie. Nous avons pu obtenir des améliorations que nous n'aurions pas osé espérer. Il semble que les amphétamines aient une action complémentaire des narcobiotiques, beaucoup plus qu'une action antagoniste. Ces actions complémentaires et paradoxales seraient réalisées par le N-68, ou covatine. Nous avons pu en disposer d'une quantité bien limitée, grâce au docteur Decourt. Ce corps, dérivé du benzhydrol et voisin du mératran, ainsi que du Frenquel, allierait curieusement des propriétés narcobiotiques à des propriétés psychotoniques. Ces propriétés psychotoniques nous paraissent l'emporter car, chez plusieurs malades, nous avons constaté l'apparition d'accès confuso-maniaques.

Il est intéressant de remarquer que ces liaisons étroites entre les troubles psychiques et les troubles psychomoteurs extrapyramidaux que nous révèle la clinique, et sur lesquels Guiraud avait depuis longtemps insisté, recoupent les conclusions des travaux physiologiques les plus récents sur la substance réticulée activatrice de Moruzzi et Magoun.

La suractivité de cette formation réticulée serait, semble-t-il, une cause de tremblement. Ce système activateur, déprimé par l'atropine et les drogues analogues, en particulier l'artane, serait au contraire stimulé par le largactil à fortes doses, ainsi que par la réserpine. D'après Himwich et Rinaldi, la réserpine et la chlorpromazine désorganiseraient le fonctionnement de la substance réticulée, provoquant l'apparition de syndromes parkinsoniens. Au contraire, l'artane, et surtout le cogentin (benztropine-méthanésulphonate), déprimant l'activation induite de la réticulée, régulariseraient son fonctionnement, permettant ainsi la poursuite du traitement neuroleptique. Il est intéressant de constater que l'association thérapeutique des stimulants et des déprimeurs de la réticulée, produit une modification profonde de l'état mental, tout en évitant les désordres psychomoteurs provoqués par les neuroleptiques. Rappelons que, d'après Ph. Decourt, les narcobiotiques produiraient beaucoup moins une dépression du tonus encéphalique que la diminution des déséquilibres profonds pouvant exister entre les activités des systèmes facilitateurs et inhibiteurs antagonistes. En conséquence, bien plus qu'une action neuroleptique, ils auraient une action orthothymique.

D'après cet auteur, il conviendrait de distinguer, d'une part, le système nerveux hiérarchisé à voies linéaires, réunissant la plus grande partie des trois systèmes : relation, orthosympathique et parasympathique, artificiellement séparés dans les conceptions classiques ; d'autre part, le système complexe, dérivé du mésenchyme, dont la caractéristique serait le nombre considérable de neurones à voies associatives courtes. Ce système comprendrait

toute une série de formations disséminées dans l'ensemble du névraxe, d'où le nom de pan-réticulaire (R. Sarro), qui a pu être donné à cette conception. La substance réticulée activatrice de Mozuzzi et Magoun en serait seulement la formation la plus représentative. Le pallidum, la substance noire et le palléostriatum auraient une structure réticulaire moins accentuée que la substance réticulaire proprement dite. Les narcobiotiques auraient une action prédominante sur les systèmes du type réticulaire, et agiraient d'autant plus fortement que ceux-ci mettraient en jeu un plus grand nombre d'associations neuronales. C'est pourquoi le système extrapyramidal, comportant une structure légèrement réticulaire, serait moins sensible à l'action narcobiotique, mais le deviendrait à partir d'une posologie suffisante, ce qui expliquerait l'apparition des syndromes parkinsoniens. Au contraire, le système hiérarchisé serait pratiquement insensible à l'action narcobiotique.

Pour terminer, rappelons que Ph. Decourt pense « que la thérapeutique narcobiotique ne doit pas seulement représenter un moyen pratique d'agir sur certains états psychiatriques, mais aussi constituer un instrument d'analyse, pour en étudier la pathogénie ».

En conclusion, il convient d'insister sur la nécessité d'une posologie adéquate, ainsi que sur l'association de neuroleptiques et de correcteurs. Cette association nous a donné des résultats inespérés. Il y a tout lieu de penser que la découverte de nouvelles drogues (qu'annoncent déjà l'atarax, le frenquel et le N-68) permettra d'augmenter encore l'efficacité de cette thérapeutique rationnelle et biologique.

DISCUSSION

M. Ph. DECOURT. — M. Fouks m'a demandé de donner quelques renseignements sur les mécanismes d'action comparés de la chlorpromazine, de la réserpine et du N 68. Malheureusement, cette question est beaucoup trop vaste pour pouvoir être exposée maintenant, car elle soulève de nombreux problèmes qu'il faudrait pouvoir étudier successivement.

Je me bornerai à rappeler que, pour la chlorpromazine, on pourra trouver la documentation nécessaire, avec d'abondantes bibliographies, dans trois publications parues en 1955 : le rapport préliminaire au « Colloque international sur les narcobiotiques », de Barcelone (in *Revista de psiquiatria...*, 1955, n° 1, pp. 15-38) ; l'ensemble des communications qui furent faites à ce « Colloque » (in *Revista de psiquiatria...*, 1955, n° 3, qui leur est consacré, pp. 205-311) ; le rapport de Morin, Donnet, Coignet et Salomon au XV^e congrès des pédiatres de langue française (Marseille, mai 1955).

Je crois utile d'y ajouter quelques Notes de P. Chauchard et H. Mazoué à la Société de biologie, et une « Note de travail » personnelle intitulée « La narcobiose provoque-t-elle des déconnexions ? », qui répond à un point particulier soulevé dans les publications précédentes.

En ce qui concerne plus particulièrement la question fondamentale de l'action de la chlorpromazine sur les formations réticulaires, un résumé des diverses théories en présence a été fait dans ma communication au « Colloque international sur la chlorpromazine et les neuroleptiques », de Paris ; cette communication est encore inédite mais a été envoyée à l'époque aux

personnes qui s'intéressent spécialement à ce problème. On sait déjà qu'à la conception initiale de H. Terzian, appuyée plus tard par les très intéressants travaux expérimentaux de Hiébel, Bonvallet et Dell, et qui centre le problème sur l'action dépressive du médicament au niveau du système réticulé ascendant de Moruzzi et Magoun, s'oppose depuis l'origine ma conception personnelle, dite parfois « pan-réticulaire », notablement différente puisqu'elle attribue l'efficacité particulière de la chlorpromazine en psychiatrie à ses effets sur d'autres formations du type réticulaire, indépendantes du système de Moruzzi et Magoun.

Malgré la grande analogie de leurs effets cliniques, la réserpine et la chlorpromazine ont des mécanismes d'action pharmacodynamiques très différents. Au cours de nos expériences encore inédites avec G. Deysson et G. Boehm, nous avons constaté que la réserpine, même à concentration saturée, ne possède aucune action narcobiotique. Ce fait est en accord avec les travaux des auteurs étrangers, de Bleuler en particulier, montrant que la réserpine, contrairement à la chlorpromazine, fait apparaître de la sérotonine dans l'encéphale. Il n'est pas encore définitivement établi que la sérotonine libérée entraîne, au moins par sa seule action, l'effet thérapeutique ; il est possible que d'autres substances encore indéterminées entrent en ligne de compte, mais il semble néanmoins probable que la réserpine, comme le suggèrent les travaux précédents, agisse surtout indirectement en libérant dans l'encéphale des substances secondairement actives.

Par ailleurs, les études faites récemment dans divers pays ont montré que la réserpine et la chlorpromazine agissent de façons très différentes, voire même opposées, au niveau du système de Moruzzi et Magoun. Ce fait apporte un argument supplémentaire à la conception qui me fait attribuer l'action thérapeutique spéciale de ces médicaments dans diverses maladies psychiatriques à un effet portant sur des systèmes situés en dehors du système de Moruzzi et Magoun.

Comme la chlorpromazine, le N 68 possède une puissante action narcobiotique mais, par contre, les autres activités pharmacodynamiques de ces médicaments sont très différentes et même en partie opposées. Ce sont ces constatations de laboratoire qui nous ont amené à essayer systématiquement ce nouveau produit en thérapeutique psychiatrique. Comme on pouvait s'y attendre, leurs effets globaux sont en partie parallèles, en partie différents, et il a été particulièrement intéressant de constater qu'en associant les deux médicaments, d'une part, le N 68 diminue ou supprime certains effets secondaires de la chlorpromazine, mais, d'autre part, qu'il peut néanmoins en renforcer l'efficacité thérapeutique dans certains cas, ou encore qu'il peut permettre de diminuer notablement les doses de chlorpromazine sans diminuer son efficacité thérapeutique. On associe alors les activités narcobiotiques des deux médicaments, tandis que leurs autres activités pharmacodynamiques sont relativement antagonistes.

Ces constatations ont été confirmées récemment par P. Chauchard et H. Mazoué, montrant que le N 68 et la chlorpromazine agissent dans le même sens sur les métachromoses de subordination (qu'ils suppriment également), mais au contraire dans des sens opposés sur les chronaxies corticales.

L'administration isolée et associée de ces deux médicaments doit donc nous permettre de mieux connaître les rôles respectifs des diverses actions pharmacodynamiques et physiologiques en thérapeutique psychiatrique.

M. S. FOLLIN. — J'ai été très intéressé par la communication de mon ami Fouks, qui nous montre l'importance que prend à l'heure actuelle la chimiothérapie en psychiatrie.

Je pense cependant qu'il faut être très prudent et j'aurais aimé mieux que ces observations générales quelques observations détaillées et précisant l'action de chacune de ces drogues sur la symptomatologie clinique. Pour l'un d'entre eux de ces produits, le miltown, je ne peux malheureusement

pas partager l'optimisme de Fouks. C'est un produit certainement efficace ; quelques-unes de mes malades ont été nettement améliorées, certaines d'entre elles deviennent anxieuses et réclament le produit dès qu'on l'arrête mais la prolongation des doses ne semble pas amener d'authentique guérison. Je dois dire que, dans un cas au moins d'une malade qui avait été améliorée par le produit et qui nous le réclamait, l'administration d'eau distillée actuellement semble donner des résultats aussi satisfaisants. Dans un autre cas (il s'agit d'une dépression névrotique post-ménopausique), je suis en train d'observer, après une phase d'amélioration par le miltown, et malgré la poursuite de l'administration de ce produit, une aggravation vers un délire de négation mélancolique. Je compte rapporter ces observations à la prochaine séance de la Société.

M. L. FOUKS. — Je remercie M. Rondepierre de son intervention, mais je tiens à préciser que je reste sur mes positions. Il me paraît préférable d'associer le serpasil et le largactil, tout est une question d'association et de dose.

Ce que vient de dire M. Decourt, concernant le mécanisme différent d'action, me paraît confirmer l'intérêt de cette association, qui a pour résultat : premièrement, une posologie modérée de chacune des drogues, bien que, deuxièmement, l'efficacité thérapeutique soit supérieure.

En ce qui concerne les mélancolies, la durée moyenne actuelle de nos cures, dans ces cas, ne dépasse pas quatre ou cinq semaines, et je ne crois pas qu'avec l'électro-choc on puisse obtenir des résultats bien supérieurs.

Je suis tout à fait d'accord avec mon ami Follin. La correction des effets secondaires, en particulier de l'inertie et des troubles psycho-moteurs, pose un problème de pratique courante d'une extrême importance. Souvent, ces malades ne paraissent pas améliorés, et certains ont pu même croire que les neuroleptiques ne calmaient ces malades qu'en les abrutissant. Il y a là une erreur regrettable. Il suffit de corriger ces troubles produits par les neuroleptiques, pour s'apercevoir que l'amélioration s'est faite en profondeur et qu'il s'est produit un remaniement considérable et progressif de l'état mental de ces malades.

Je suis aussi d'accord avec mon ami Follin, lorsqu'il prétend qu'il ne suffit pas de prescrire ces drogues ; j'ai moi-même insisté sur ce fait, que ces thérapeutiques nouvelles permettent un meilleur contact, et ouvrent la voie à une psychothérapie efficace. Ce n'est pas l'un des moindres mérites de ces thérapeutiques, que de nous forcer à un retour vers un esprit plus psychiatrique. Trop longtemps, les thérapeutiques de choc ont eu pour conséquence un certain désintérêt de la clinique psychiatrique. Il semblait plus important de choquer le malade que de le comprendre. Actuellement, au contraire, les thérapeutiques narcobiotiques remettent en valeur une attitude plus authentiquement psychiatrique et psychothérapique.

La drogue n'est pas tout, la compréhension et le maniement du malade retrouvent une importance considérable et nécessitent le plus souvent son hospitalisation dans un service bien structuré. Je vois sourire M. Minkowski, et je me souviens qu'il me disait, il y a quelque temps, qu'il croyait que nous ne connaîtrions jamais les causes des maladies mentales, et que seule importait leur compréhension. Cela est peut-être vrai, mais s'il est important de comprendre nos malades, nous avons aussi le devoir d'essayer d'étudier les mécanismes cérébraux de la pathologie mentale, et c'est pourquoi il me semble qu'à l'heure actuelle nous ne pouvons plus travailler isolément, nous devrions tous travailler en équipe, avec un biochimiste ainsi qu'un neuro-physiologiste. C'est ce qui m'a poussé à me mettre en relation avec M. Decourt.

Intérêt des thérapeutiques de choc dans certains cas de syphilis nerveuse, par MM. OULÈS, R. SOUBRIER, CARCENAC et Mme P. SALLES.

Quelle conduite doit adopter le médecin devant une syphilis nerveuse qui n'a pas réagi favorablement à la chimiothérapie et à la malariathérapie ? Dans les cas où persistent un affaiblissement intellectuel et des troubles psychotiques, doit-on affirmer que le malade, voué à une évolution démentielle, est de ce fait incurable ?

L'expérience nous a prouvé plusieurs fois l'intérêt, après échec de la chimiothérapie et de la malariathérapie, de considérer le malade comme un malade mental ordinaire, et de le traiter comme tel, sans plus tenir compte de la syphilis. Celle-ci n'est en somme qu'un facteur étiologique parmi d'autres. Si elle doit être tenue pour responsable du déclenchement du processus psychotique, on peut très bien admettre que celui-ci évolue ensuite pour son propre compte, comme la syphilis nerveuse évolue ensuite pour le sien.

Parmi les cas que nous avons eu ainsi l'occasion de traiter, nous en citerons deux, où l'insulinothérapie a permis d'obtenir une amélioration notable, après échec des thérapeutiques spécifiques. Le premier nous donnera l'occasion de rappeler l'utilisation de l'électrochoc, signalé déjà par Salomon, Rose et Arnot, Ferdière et Latrémolière. Les cas dont nous allons parler sont sensiblement différents de ceux que l'on désigne généralement sous le terme de délires post-malariques, lesquels relèvent également de l'insulinothérapie.

OBSERVATION 1. — M. S... Emile, âgé de 43 ans, est originaire d'Algérie, de nationalité française. Il est hospitalisé le 6 juillet 1954, dans le coma, à la suite d'une tentative de suicide par les barbituriques. Par la suite, subsiste un état dépressif d'allure franchement mélancolique avec inhibition psychomotrice, anxiété, refus d'aliments, semi-mutisme. Il exprime à voix basse quelques idées délirantes d'auto-accusation, de culpabilité et de persécution.

Nous apprenons alors que cet état a été précédé dans les mois antérieurs de gros troubles du comportement. C'est ainsi que S... s'est livré à la dilapidation de biens importants, par des ventes et des achats inconsidérés, par de multiples voyages sans buts précis. Son divorce et un remariage objectivent le désordre de sa vie sexuelle et l'exacerbation de tendances érotiques. Cet ensemble de troubles du comportement contraste fortement avec la personnalité antérieure du malade.

Le syndrome dépressif est apparu sur ce fond de désordre de la conduite, précédant d'environ un mois la tentative de suicide qui en est l'aboutissant. Trois électro-chocs n'amènent aucune amélioration de l'état dépressif. Nous n'avions alors aucune notion de syphilis antérieure, mais l'examen neurologique mettait en évidence quelques éléments : inégalité pupillaire, avec persistance du réflexe photomoteur, abolition des réflexes tendineux, tremblement et dysarthrie très légers. L'examen biologique ne permettait cepen-

dant aucun doute sur le diagnostic, malgré le tableau psychique et neurologique incomplet : les réactions sérologiques sanguines étaient positives, le liquide céphalo-rachidien présentait des anomalies typiques. Si l'albuminorachie et la cytologie étaient peu perturbées (0 gr. 45 par litre, 3,2 éléments au mm³), les réactions sérologiques étaient très positives, le benjoin colloïdal dévié vers la gauche (00112.22200.00000.0).

Ces éléments permettent d'instituer le 19 juillet une thérapeutique spécifique associant : tripénicilline, 1.200.000 unités par jour pendant une durée de quinze jours ; auréomycine, 2 gr. par jour pendant quinze jours ; stovarsol sodique, en cure classique de 21 gr. Cette thérapeutique se termine le 5 septembre. A cette époque, le liquide céphalo-rachidien s'est peu modifié (la cytologie est réduite à 0,6 éléments, l'albuminorachie à 0 gr. 40, mais la sérologie est positive et le benjoin colloïdal inchangé).

Surtout, malgré le traitement, les troubles psychiques se sont aggravés progressivement. L'état dépressif a pris une forme stuporeuse, entrecoupée de violents raptus anxieux et de périodes d'agitation confusionnelle avec logorrhée incohérente. Ces épisodes durent deux ou trois jours. L'état général décline rapidement, d'autant que le refus d'aliments est presque complet.

C'est la gravité de cette évolution qui nous amène à envisager un traitement symptomatique. Durant le mois de septembre, le malade reçoit six électro-chocs, qui amènent une sédation partielle de l'inhibition psychomotrice et une reprise de l'alimentation. Puis, pendant les mois d'octobre et de novembre 1954, on institue une insulinothérapie (40 chocs humides), qui amènent une amélioration considérable. A la fin de ce traitement, tous les troubles psychotiques ont totalement disparu, le fond mental ne paraît pas altéré à l'examen clinique. A l'hôpital, le malade travaille de façon très satisfaisante ; aucune évolution démentielle ne paraît à craindre bien que la sérologie demeure franchement positive. S'il est demeuré dans le service, c'est en raison des difficultés de sa situation matérielle : il ne lui reste rien d'une fortune appréciable, il n'a pas de famille et un reclassement s'avère, pour ces raisons uniquement sociales, très difficile.

OBSERVATION 2. — M. M... Georges, âgé de 42 ans, admis dans le service le 24 mai 1955, dans un état confuso-déméntiel, où s'intriquent des éléments dépressifs. Il a un faciès figé et une très importante bradycinésie. Ce ralentissement s'exprime sur le plan psychique par une obnubilation importante, une désorientation, une perplexité caractéristiques. Sur ce fond général de confusion, le malade est sujet à des raptus anxieux, sous-tendus par des idées de culpabilité. Le refus d'aliments est presque complet, le langage est difficilement compréhensible du fait d'une dysarthrie importante.

Les troubles ont débuté quinze jours auparavant, assez brusquement, annoncés par la dysarthrie qui s'est installée rapidement et une obnubilation qui s'est révélée dans les actes quotidiens : le malade, commerçant, devenait incapable de rendre la monnaie à ses clients.

Les antécédents fournissent la notion d'une lésion génitale, apparue en 1935, lors du service militaire, mais méconnue et non traitée. L'examen neurologique en concluant : le tremblement et la dysarthrie sont intenses, les pupilles en myosis ne réagissent pas à la lumière, les réflexes tendineux sont abolis, bien qu'il n'existe pas d'autres signes de la série tabétique.

L'examen biologique confirme la notion de spécificité : les réactions séro-

logiques sont très positives (++++) dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Par ailleurs, le benjoin colloïdal est très dévié (12222.22200). L'albuminorachie est normale : 0,36, la cytologie un peu augmentée : 7,2 éléments. La thérapeutique spécifique, associant pénicilline, 20 millions d'unités, stovarsol sodique, 21 gr., Quinby, 15 injections, n'amène ici encore que peu de modifications. A la fin du traitement (22 juillet), la sérologie reste positive, le benjoin reste anormal (02222.22200), l'albumine est plus élevée que lors du premier examen (0,56), la cytologie par contre a baissé (1,2).

Le tableau clinique n'est pas modifié : le malade reste confus, anxieux, avec des phases alternées d'agitation et d'apathie. Il fait à plusieurs reprises des fugues, son langage est incohérent, un gâtisme total est apparu. Le traitement spécifique est alors poursuivi et l'on reprend : une série de 15 millions de pénicilline associés à 75 mgr. quotidiens d'hydrocortisone (du 10 au 20 août), puis une cure de stovarsol de 31 gr. On y ajoute, à partir du 5 décembre, une malariathérapie qui se déroule sans incident. Elle est arrêtée après 10 accès palustres à 40.

Ces traitements successifs n'amènent que peu de modifications, tant sur le plan biologique (une ponction de contrôle est pratiquée le 11 janvier 1956) que sur le plan psychique ; les troubles confuso-déméntiels n'ont subi qu'une légère atténuation, les éléments de la série dépressive persistent, le malade reste inhibé, morose, anxieux. Il extériorise des idées d'auto-accusation. Le tableau se trouve un peu modifié par l'apparition de troubles du caractère et d'idées de persécution : il devient tendu, irritable, protestataire. Il se plaint en outre d'insomnie, de céphalées, et le gâtisme persiste.

Devant ce tableau, une insulinothérapie est entreprise, que l'on limite à l'obtention de chocs humides. Cet effet est obtenu à l'aide de 80 unités d'insuline, et le traitement se déroule sans incident. Le traitement est actuellement encore en cours, mais en un mois des résultats nets ont déjà été obtenus : l'état confuso-déméntiel a nettement régressé et il apparaît que le fond mental n'a pas été touché de façon irréversible ; l'orientation, l'attention, la mémoire, sont maintenant satisfaisantes, le gâtisme a disparu. Il ne subsiste qu'un certain puérilisme, l'auto-critique est émoussée. Ce sont les signes dépressifs qui ont été les plus favorablement influencés par la thérapeutique, le malade est calme, le contact est facile avec lui et il n'extériorise plus d'inquiétude, ni d'anxiété.

Ces deux observations portent donc sur deux cas de syphilis nerveuse à forme dépressive, que l'emploi des diverses thérapeutiques spécifiques n'avaient réussi à améliorer.

Nous schématiserons ainsi notre ligne de conduite : si nous conservons la primauté à la chimiothérapie et à la malariathérapie, nous pensons que ces thérapeutiques spécifiques sont dans certains cas insuffisantes à faire disparaître les troubles intellectuels ou les troubles du comportement. Dans ces cas, nous utilisons les thérapeutiques psychiatriques classiques des états psychotiques, c'est-à-dire essentiellement les méthodes de choc. Ainsi, nous avons réussi à agir sur les troubles psychiques d'allure plus ou moins démentielle, qui évoluent, semble-t-il, pour leur propre compte, alors que le processus

syphilitique a été préalablement stoppé, et qui sont classiquement considérés comme résiduels et irréductibles.

Il est à noter que dans notre première observation l'état mental du malade n'a pas été modifié par la sismothérapie, pratiquée avant l'institution du traitement spécifique. Par contre, l'amélioration a été contemporaine de la sismothérapie postérieure au traitement par pénicilline et stovarsol. Ceci vient à l'appui des publications antérieures, qui conseillent de ne recourir aux électrochocs qu'après avoir traité l'infection syphilitique.

On sait qu'il n'existe aucun parallélisme entre l'état psychique et le syndrome humoral, qui reflète l'influence des traitements anti-syphilitiques sur les lésions de méningoencéphalite évolutives. L'état psychique résiduel est au contraire considéré comme la traduction de lésions parenchymateuses définitives et non spécifiques.

Or, nous voyons des troubles mentaux continuer à évoluer, alors que l'infection syphilitique du système nerveux semble éteinte, et inversement des malades qui continuent à présenter des signes biologiques importants de syphilis nerveuse, alors que tous les troubles mentaux ont disparu. Cette dissociation, fréquemment observée, entre le syndrome humoral et les syndromes psychiatriques résiduels, plaide en faveur de la non-spécificité des troubles mentaux qui résistent au traitement spécifique. Les étiologies multiples que l'on retrouve à l'origine des pseudo-paralysies générales (alcool, traumatisme, tumeurs, oxyde de carbone, méliococcie, pellagre, trypanosomiase, etc...) fournissent un argument supplémentaire en faveur du peu de spécificité des troubles mentaux qui accompagnent la syphilis nerveuse. C'est dans cette perspective que nous nous croyons autorisés à entreprendre des thérapeutiques de choc chez nos paralytiques généraux non guéris par les antibiotiques, la chimiothérapie et la malariathérapie.

Le fait que nos deux malades présentaient des formes dépressives de paralysie générale semble confirmer l'opinion générale, selon laquelle les cas à prédominance thymique réagiraient plus favorablement aux traitements de choc, alors qu'il est également classique de les considérer comme particulièrement rebelles aux thérapeutiques spécifiques.

En conclusion, le traitement spécifique, indispensable pour arrêter l'évolution du processus syphilitique méningoencéphalitique, ne réussit pas toujours à influencer les troubles psychotiques, qui semblent évoluer pour leur propre compte. C'est ce qui nous a conduit à proposer le recours aux thérapeutiques de choc. L'insulinothérapie, en particulier, semble trouver dans ces cas une indication à retenir. Tant que l'encéphalographie gazeuse ne révèle pas une atrophie considérable, quelle que soit la gravité du tableau clinique, les troubles sont réversibles.

DISCUSSION

M. J. RONDEPIERRE. — Dans les maladies mentales, la chlorpromazine donne des résultats absolument extraordinaires, tout particulièrement dans certains cas de psychoses dites chroniques. Mes malades dont j'ai rapporté les observations, revus récemment, restent en apparence guéris. Il semble que les doses situées entre 300 et 600 mgr. par jour soient suffisantes et évitent l'apparition des syndromes parkinsoniens. L'action de la chlorpromazine dans la mélancolie est réelle, mais plus lente que celle de l'électrochoc.

Définition de l'hôpital psychiatrique, par M. L. BONNAFÉ.

Il y a près de vingt ans, sur le fronton des asiles d'aliénés, le vieux terme centenaire, démonétisé, a été gratté. On lui a substitué un vocable plus conforme à la situation linguistique du temps. Les raisons étaient les mêmes qui avaient jadis fait rejeter « hôpital », alors trop péjoratif, et choisir « asile », qui n'était pas discrédité.

A quoi, dans la réalité, correspondait ce changement de dénomination ? Notre insatisfaction actuelle nous pousse trop aisément à vouer aux gémonies, sur un registre passionnel, l'instrument accablé sous sa charge, accablant pour nous, et surtout pour nos malades, qu'est l'hôpital psychiatrique actuel. Objectivement, il faut pourtant dire que l'asile, en même temps qu'il changeait de nom, était le théâtre d'un profond bouleversement intérieur. Augmentation considérable du nombre et du rendement immédiat des actes médicaux, transformation quantitative et qualitative plus saisissante encore du personnel soignant, étaient les traits essentiels du changement.

Ainsi, le passage de l'asile à l'hôpital correspondait à une vérité pratique, traduite dans les documents de l'époque par un climat laudatif, une satisfaction quasi-générale dans les hôpitaux psychiatriques. Cependant, quelques voix dissonantes s'élevaient alors, dont les échos devaient plus tard s'amplifier jusqu'au fracas.

Durant les années de guerre et d'occupation, dans le climat dramatique du temps, murissait une redécouverte, celle du rôle thérapeutique propre de l'institution hospitalière. Balvet en fait état au Congrès de Montpellier, en 1942, sa rencontre avec Tosquelles, à St-Alban, joue un rôle décisif dans la cristallisation de ce qui sera le mouvement français de psychothérapie institutionnelle (1).

Le courant qui s'étale au lendemain de la libération, devant le désastre d'une organisation psychiatrique mutilée, exsangue, et dans l'enthousiasme du temps, nous paraît, avec le recul actuel, d'une extrême complexité. Six ans d'histoire ont balayé la satisfaction d'avant-guerre ; la dénonciation d'un état intolérable de l'organisa-

(1) Cf. DAUMÉZON et KOECHLIN : *Anais Portugueses de Psychiatria*, XII, 1952.

tion de soins aux malades mentaux passe, à l'ordre du jour ; le surpeuplement atteint en 1939 est, après le dépeuplement de l'occupation, perçu avec toute son horreur. L'asile fait l'objet d'une critique qui tend à devenir universelle, mais, en même temps que nous le dénonçons, nous le louons, confiants dans les virtualités de son développement, dont le succès de nos expériences nous donne la garantie. Nous voyons, « au-delà de l'asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique », *autre chose*, dont la doctrine demeure flottante, mais se forme peu à peu, se détachant de plus en plus de l'héritage du passé. La vieille querelle entre hôpitaux et asiles ne s'éteint pas pour autant, mais ses manifestations, de plus en plus formelles, se décrochent de plus en plus de l'évolution réelle de la question. La joute continue de se dérouler devant le public, cependant que, derrière le rideau, on change le décor en construisant l'idée de cet « autre chose ».

La critique du système asilaire a mûri, et cette maturation est certainement l'essentiel du nouvel état du problème, qui nous oblige aujourd'hui à nous interroger sur la *définition de l'hôpital psychiatrique* (1).

Nous avons tous pu être frappés par le désenchantement qui envahissait chacun de nous à mesure que son instrument de travail gagnait en perfectionnements de détail : que l'effectif du personnel de nos services augmente, que sa qualité s'améliore (et donc que son appétit de connaissances s'accroisse) ; que nous morcellions nos services en unités de soins de plus en plus restreintes (et de plus en plus nombreuses), que nous parvenions à substituer à la formule « centripète » du casernement asilaire une formule « centrifuge » dans laquelle la vie du malade se dilate ; que nous augmentions le nombre des malades en traitement actif, et les exigences de contrôle des thérapeutiques ; que nous animions des réalisations sociales de plus en plus nombreuses, de plus en plus vivantes, etc..., etc..., le sentiment de diriger un service qui nous échappe, de tenir du sable dans nos mains, prend de plus en plus d'intensité.

A Sotteville, nous avons vécu ce drame avec une acuité particulière, et je me souviens notamment de nombreuses conversations avec Mignot, alors que nous vivions simultanément cette détérioration de l'activité médicale, concurrente avec la prise en mains de beaux éléments de service, particulièrement hospitaliers.

Tout nous pousse maintenant à concevoir avec des exigences vraiment nouvelles l'instrument de soins qui échapperait à cette loi de détérioration, et pour cela tout nous pousse à formuler assez clairement le stade où nous en sommes de la critique de l'hôpital psychiatrique.

Il est vrai que l'ancien asile s'est beaucoup médicalisé. Il est vrai

(1) Les thèses qui suivent reprennent en grande partie des développements plus étendus qui figurent dans un travail antérieur sur « Sanctions punitives et psychothérapie collective », sous presse, à l'*Information Psychiatrique*.

qu'il a viré à l'hôpital, que cette transformation est une transformation profonde, mais notre expérience nous permet de voir avec une extrême limpidité que cette mutation n'en était pas une. Elle ne portait que sur le détail, et rigoureusement pas sur la structure. Elle n'était qu'un *progrès* dans un cadre demeuré strictement asilaire.

Le temps est venu d'une *mutation* véritable, d'une mutation structurale.

Nous voyons sur le plan linguistique un témoignage remarquable de cet état de crise. Je l'illustrerai en parlant de ma terminologie personnelle : je parle de l'asile quand je parle de la réalité asilaire, et que mon intention est de signifier cette réalité persistante, je parle de l'hôpital psychiatrique quand, dans mon propos, j'entends valoriser l'activité médicale qui se déroule dans l'asile amélioré, mais je répugne le plus souvent à parler d'hôpital psychiatrique, j'évite même le terme lorsque je crains le malentendu fatal dans la situation actuelle : Est-ce que je parle de l'hôpital psychiatrique tel qu'il est, ou de l'hôpital de spécialité tel que je l'envisage ? En fait, si je veux vraiment signifier à mon interlocuteur ce sens théorique, je dis hôpital psychiatrique, mais en formulant les précisions nécessaires, ou bien je parle d'établissement de soins, ou, mieux, de « véritable établissement de soins », ou de « centre de traitement et de réadaptation sociale », etc... En tout cas, j'essaie d'éviter le « dialogue de sourds ».

Je parle aujourd'hui d'hôpital psychiatrique, puisque, par définition, aucune confusion n'est possible dans mon actuel propos, qui vise justement à répondre à la question : « De quoi parlons-nous ? »

Nous parlons d'une institution qui soit en elle-même, selon le vœu d'Esquirol, « un instrument de guérison..., l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales », d'un hôpital dans lequel, selon Kræpelin, « chaque installation doit servir à guérir les malades ». Mais ces propositions, pour être essentielles, sont fort loin d'épuiser le problème qu'il s'agit de traiter aujourd'hui.

Je précise que ce problème n'est pas du tout celui des « normes » (un hôpital psychiatrique ne doit pas desservir une population de plus de X habitants, un service médical ne doit pas comporter plus de X malades, une unité de soins plus de X, il doit y avoir un laboratoire de ceci ou de cela, des installations permettant ceci ou cela..., etc., etc.). Nous ne serons jamais assez rigoureux dans la détermination de ces clauses techniques, mais aujourd'hui nous sommes sur un autre plan, complémentaire et non superposable, celui des premiers principes, du point de départ, de la *définition*.

Pour simplifier : Pourquoi pouvons-nous dire *qu'aucun des projets d'équipement actuellement en cours en France ne peut être dénommé hôpital psychiatrique que par abus de langage*, ou bien *qu'en France on ne construit encore que des asiles* ?

Dans le principe même de l'asile, dans sa conception autonome,

comme un instrument pensé à part, un peu comme une fin en soi, réside la source de ce qui nous paraît unanimement l'aspect essentiel de sa décomposition, le couple *surpeuplement-indifférenciation*. A l'opposé, l'hôpital de spécialité est pensé comme un élément d'autre chose, d'un réseau complexe. Dans ce réseau nous distinguons, d'une part, d'autres dispositifs spécialisés de protection de la santé mentale, de lutte contre les diverses formes d'inadaptation, etc..., etc..., d'autre part, d'autres institutions hospitalières non spécialisées, ou spécialisées dans d'autres disciplines que la nôtre.

Une application pratique de cette thèse sur laquelle il faut immédiatement insister est le problème topographique. La situation de l'asile est, sinon indifférente, du moins secondaire, il peut être implanté n'importe où. On dira : C'est mieux s'il est bien situé, mais on ne dira pas, comme pour l'hôpital de spécialité, que son implantation rigoureusement déterminée, dans la démographie générale et dans la distribution du patrimoine hospitalier général, est une donnée fondamentale, à régler *par définition*. Un établissement qui n'est pas logiquement situé par rapport à la population desservie et par rapport aux autres organisations de soins existantes, ne peut être nommé hôpital psychiatrique que par abus de langage.

Un autre aspect, d'ailleurs solidaire du précédent, est la primauté de l'élément hospitalier dans le fonctionnement du système. On commence par la pierre, on bâtit un établissement, puis, après coup, on y envoie des médecins, en leur conseillant très vivement d'étendre leur activité avec des formations *extra-asilaires*. Par définition, l'hôpital de spécialité est l'inverse, il intervient pour compléter un dispositif de diagnostic, de traitement, et de réadaptation sociale, dont le *primum movens* n'est pas la pierre, mais l'homme, situé d'abord en pratique dans le *service de ville*, traduction littérale de polyclinique. L'époque dans laquelle le psychiatre étend son activité hors de l'asile, comme un complément ajouté après coup, n'est pas encore celle de l'hôpital psychiatrique. Elle correspondait à une nécessité historique, mais elle est aujourd'hui dépassée, au bénéfice d'une formule dans laquelle on confie au médecin un secteur dans lequel il y a, *entre autres choses*, un hôpital spécialisé.

Si maintenant, après avoir *situé* l'institution hospitalière, nous voyons le problème de *l'intérieur* de celle-ci, nous aurons certes quelque difficulté à ne pas glisser sur le plan qui est celui des normes, à éviter d'énumérer toutes les clauses techniques sans lesquelles l'hôpital est indigne de ce nom.

Il faut pourtant faire cet effort d'épuration. Pour ma part, je pense que l'on peut assez simplement formuler nos exigences, sans s'écarter de la limitation à un principe très général.

Il me semble que le principe esquirolien, développé dans le courant contemporain de psychothérapie institutionnelle, qui investit l'établissement hospitalier d'un rôle thérapeutique propre, peut trop aisément, si l'on n'y prend garde, être détourné de son sens.

En schématisant, je dirai : ou bien on pense l'établissement comme *substituant* autre chose, d'autres moyens thérapeutiques, à l'activité médicale individuelle, et on a l'asile. Ou bien on le pense comme *ajoutant* des moyens supplémentaires de diagnostic et de traitement à l'activité médicale individuelle, alors l'hôpital psychiatrique est conforme à sa définition.

Dans l'asile, tout est fait pour économiser sur l'activité de colloque singulier, sur le temps des relations personnelles médecin-malade.

Dans l'hôpital psychiatrique, tout est fait pour permettre au médecin de *doser*, sur la base de raisons uniquement médicales, le temps qu'il consacre à *chaque* malade.

La durée moyenne de l'acte médical, dans notre spécialité, est de quarante-cinq minutes. Il suffit de se demander combien de fois la valeur de cet étalon doit être donnée à nos malades entrants, sortants et présents, pour traduire en termes de normes les principes d'organisation intérieure de l'hôpital psychiatrique.

Mais, par définition, l'hôpital psychiatrique ajoute à l'activité de colloque singulier autre chose, et même beaucoup d'autres choses. Il faut aussi estimer tout cela, et le faire entrer en compte. Approximativement, je donne comme normal, sur le temps passé dans le service, 50 % d'actes de colloque singulier et 50 % de divers. Un aspect essentiel est ici que le malade n'est pas confié au seul médecin. Si l'on veut que non seulement chaque installation, mais aussi chaque moment de l'existence dans l'hôpital psychiatrique, soit organisé dans une perspective thérapeutique, il faut donner au personnel qui, en fait, détermine dans la vie quotidienne les stimulations pathogènes ou curatives, l'énorme quantité de temps nécessaire pour parfaire perpétuellement cette *culture des significations* sous direction médicale.

Dans l'hôpital psychiatrique conforme à sa définition, l'organisation de cette activité formatrice est une donnée fondamentale, une exigence technique minima. Si l'établissement ne le permet pas, il demeure un asile, et non un hôpital de spécialité.

Je n'irai pas plus loin dans la définition de ces principes (1), je veux seulement conclure sur quelques considérations relatives à la valeur de ces oracles.

Tout d'abord, j'ai laissé dans l'ombre, délibérément, un aspect capital de la définition de l'hôpital psychiatrique par l'usage : Quels malades s'agit-il d'y soigner ?

J'ai cherché dans mon propre service combien de malades, sur 403, ne relevaient indiscutablement pas du séjour dans l'hôpital psychiatrique conforme à sa définition. J'en ai trouvé 237.

(1) Je m'aperçois que je n'ai même pas parlé de l'internement, tant le problème me paraît étranger à la « définition » de l'hôpital psychiatrique. Déjà, dans l'asile, il n'est plus indiqué d'interner presque personne. *A fortiori...* (cf. S. FOLLIN : *Annales médico-psychologiques*, VI, 1954).

Considérant d'un autre côté, non la « population présente », mais le « mouvement d'entrées », de l'ordre de 400 par an, tout m'a paru bien plus relatif. Pour la quasi-totalité, il n'y aurait pas eu d'objection majeure à l'entrée dans un hôpital psychiatrique où l'on pût s'occuper d'eux avec assez d'intensité et avec des possibilités réelles de reclassement dans une solution plus convenable.

J'ai vérifié ainsi ce que je savais : que le critère aigus-chroniques ne correspond à aucune logique (sur les 166 malades relevant de l'hôpital psychiatrique vrai, un bon nombre relèvent de séjours de longue durée) ; que la *sédimentation* est, par définition, imputable à l'asile, organisé pour la favoriser, à l'opposé de l'hôpital psychiatrique vrai, défini par la prévalence massive du *mouvement*.

Cette recherche a précisé pour moi la question traditionnelle : hôpital spécialisé ou service spécialisé de l'hôpital général ? Si près de la moitié des malades présents dans les asiles relèvent de l'hôpital psychiatrique véritable, si celui-ci doit faire face à un mouvement d'entrées du même ordre que celui de l'asile, alors il est actuellement justifié.

Qu'un jour il soit possible de nous baser sur le service de l'hôpital général, qui ne serait plus l'exception mais la règle, je n'y verrais que des avantages. Alors l'hôpital psychiatrique vrai, tel qu'il est nécessaire et possible de le créer aujourd'hui, serait autrement convertible que le patrimoine asilaire (1).

Laissons se quereller les tenants de l'asile seul et ceux du service d'hôpital couplé avec l'asile. Travaillons à la réalisation d'une formule rationnelle répudiant tout asile. Les nécessités d'adaptation ou de conversion qu'exigera la labilité fondamentale de notre matière ne trouveront pas de difficultés majeures si, conformément à la définition de l'hôpital psychiatrique, celui-ci est pensé *dans le cadre de toute l'organisation sanitaire existante*.

On ne manquera pas de remarquer les apparences « abstraites », comme on dit, de ces réflexions, leur allure d'anticipation. C'est délibérément que je me suis situé sur un plan « idéal », et ceci pour deux raisons : tout d'abord, parce que la tâche de conversion de l'asile en autre chose que nous poursuivons tous ne peut se passer, pour éviter de patauger dans un empirisme sommaire, d'une perspective, de l'idée d'une organisation satisfaisante ; ensuite, parce que la nécessité d'équiper des territoires non ou mal desservis est à l'ordre du jour, et que les règles dont il s'agit doivent alors passer à l'application directe.

La volonté de les appliquer est-elle utopique ? Je ne le pense pas. Dans nos discussions sur la réserpine, nous n'avons pas retenu le fait que son emploi intensif double vite le budget de pharmacie. Dans la

(1) On parle beaucoup aujourd'hui de la fin prochaine du sanatorium et l'on s'inquiète. Il faut une singulière « étroitesse professionnelle » pour ne pouvoir envisager sereinement la conversion en *autre chose* du patrimoine sanatorial.

matière dont je parle, il ne s'agit pas non plus d'autre chose que de traitement.

Que les contingences administratives actuelles ne permettent même pas de penser harmonieusement l'hôpital psychiatrique dans le cadre de l'organisation hospitalière commune ?... Certes, mais nous sommes ici à la Société médico-psychologique, et nous n'avons pas à dénaturer les exigences du traitement. Nous aurions au contraire à exiger que l'état administratif des choses se plie aux règles techniques.

Enfin, je crois qu'il faut surtout, en terminant, poser un problème décisif : Pour que nos malades soient soignés, il leur faudrait beaucoup plus de médecins qu'ils n'en ont actuellement, mais, au moins, il leur en faudrait autant. Or, le jeune confrère spécialisé n'est pas attiré par l'activité asilaire, il désire faire de la médecine. *Il a intégralement raison.* C'est à lui aussi que nous devons penser en proposant une mutation qui aurait au moins le mérite d'intéresser des médecins qui veulent faire de la médecine.

DISCUSSION

M. P. Léo. — Je vais à contre-courant. Je n'ai pas tout saisi de l'exposé de Bonnafé, mais l'intervention de Daumézon éclaire des doléances, des intentions, des conceptions familières à tous, tant on les a clamées.

Peut-être y a-t-il dans la Seine une situation particulière, mais chacun souffre de l'encombrement, des difficultés multiples à exercer sa profession ; cependant, cela ne justifie pas les conséquences doctrinales qu'on en veut tirer et dont le danger commence à devenir sensible à beaucoup. Même dans des conditions difficiles, le médecin actif et présent obtient des guérisons et des sorties.

Les thérapeutiques modernes physiques, chimiques, biologiques, donnent des résultats, mais il convient qu'on puisse les appliquer dans des conditions de prudence, de sécurité, de surveillance, que les techniques médicales modernes peuvent nous donner (radio, électro-cardiogramme, laboratoire, présence médicale, etc...). C'est dans ce sens que l'effort médical et administratif devrait prévaloir.

Je n'ai pas conscience que la psychothérapie, la ludothérapie, la raphia-thérapie, etc..., modifient la proportion des guérisons. Ces procédés tapageurs, abusivement comparés aux vraies thérapeutiques, sont de vieux traitements, hautement justifiés avant l'ère médicale de la psychiatrie, rajeunis aujourd'hui par la vêtue de mots étincelants.

Il y a vingt ans, j'ai essayé de créer un atelier de vannerie, qui ne modifia pas la sédimentation asilaire. Mais cette sédimentation est aujourd'hui remplacée par le parasitisme hospitalier, qu'un peu de psychologie pouvait faire redouter et que les faits confirment.

Avant de le préciser, je tiens à dissiper un malentendu. C'est un slogan : les aliénés augmentent. C'est, à mon avis, inexact.

Les entrées, certes, oui ; et partout au prorata d'une population qui croît et aussi du fait des alcooliques, et enfin parce que l'âge de vie moyen s'élève et augmente le contingent des séniles — qui est le grand problème de demain.

Mais les maladies mentales diminuent de façon extraordinaire, je dirais presque inquiétante, si on se place dans une perspective d'enseignement. On ne voit plus de délires aigus, les paralysies générales sont rares, les délires, les confusions mentales exceptionnels ; encore quelques manies,

des mélancolies surtout, mais moins fréquentes et moins rythmées par les épisodes infectieux saisonniers, car la médecine générale, armée des antibiotiques, fait, à son insu peut-être, une véritable prophylaxie mentale.

Mais ce qui augmente dans une proportion considérable, et qui échappe peut-être aux médecins de la Seine, ce sont les névroses. Celles-ci trouvent dans l'atmosphère ouatée, obligatoirement paternaliste, le climat cher à leur infantilisme affectif. Que de larmes, que de protestations, que de rechutes, le jour où l'on décide des départs ! Mes anciens internes, aujourd'hui nos collègues, en pourraient témoigner. Il y a en outre les paresseux, les ratés... Voilà la sédimentation d'aujourd'hui..., je l'appelle parasitisme.

Nous avons des devoirs envers la société, qui nous fait confiance ; c'est abuser tout le monde qu'invoquer de hautes raisons morales, comme la maladie, et de nous faire complices. La réinsertion sociale doit souvent être imposée par des attitudes de refoulement.

À l'égard de ce nouveau contingent, le conseil donné aux parents pour l'éducation des enfants, vaut pour le psychiatre captateur : il faut apprendre aux malades à se passer de nous..., surtout de l'hôpital. Il faut faire sortir, même si on désorganise une équipe de football, une troupe de théâtre ou un tandem de belote. Que la sociothérapie reste un moyen, et secondaire, non un but et surtout pas une doctrine.

Nous sommes à l'ère médicale de la psychiatrie. La psychiatrie de patronage est dépassée. Sa facilité, sa publicité tapageuse, sa consécration étrangère ont pu égarer certains, entraîner des profanes, mais elle fait déjà rire de nous les médecins. Peut-être convient-il de réagir avant qu'elle devienne un dogme et que, demain, des médecins non conformistes ne connaissent le drame de Galilée.

M. J. LEYRITZ. — demande que l'accent soit mis sur la partie « hôpital » de l'« hôpital psychiatrique » et que les moyens d'étude des troubles physio-pathologiques que présentent les malades soient donnés aux médecins, en particulier par les laboratoires dirigés par les techniciens voulus. Un plan de création d'hôpital psychiatrique doit inscrire cette préoccupation essentielle en première place.

Le médecin en face des thérapeutiques institutionnelles à l'hôpital psychiatrique, par M. V. BERTRAND (de Lannemezan).

Au pessimisme général concernant la condition de nos malades à l'hôpital psychiatrique peuvent être opposées quelques réalisations spectaculaires dans certains établissements, là où une heureuse conjonction de la compréhension des autorités locales et du dynamisme des médecins a pu les susciter.

Il serait de mauvais goût d'apporter restrictions ou critiques à de tels efforts, certainement profitables au point de vue thérapeutique. Notre préoccupation est d'utiliser au mieux les moyens qui nous sont donnés, en n'oubliant jamais que la notion de l'homme doit passer avant celle de l'organisation. Il y a en effet une marge considérable entre le point de vue du journaliste, ou même du public, toujours disposés à s'extasier devant les merveilleuses institutions de la collectivité psychiatrique, et celui du médecin, qui considère lucidement leurs militants de base, c'est-à-dire tous ces grands malades à l'habitus

caractéristique, se pliant passivement ou d'une façon stéréotypée au nouvel ordre qui leur est proposé.

La tentation est pourtant grande de nous laisser prendre à notre propre jeu, et de nous satisfaire de « réalisations », telles qu'amicales, journaux, équipes sportives, groupes divers. Bien sûr, on ne saurait leur dénier une réelle valeur, dans la mesure où elles ne constituent pas le syndicat des antisociaux, mais cette démocratie reste au demeurant assez artificielle. « Le malade mental, qu'en avons-nous fait ? », lisions-nous récemment dans une revue ; plus exactement, qu'en faisons-nous ? Avant tout, évitons qu'il devienne un pion dans le bel édifice que nous rêvons de construire.

Je crains de voir se développer chez nous une sorte de timidité à affirmer la primauté du caractère proprement médical de notre action, rançon peut-être d'un pessimisme thérapeutique plus ou moins avoué. Notre position de psychiatre ne diffère pas de celle de tout médecin à l'égard du malade, c'est-à-dire que nous devons nous pencher sur des cas personnels, individualiser plutôt que systématiser. Cela suppose en premier lieu une technicité très poussée, et le champ de notre spécialité, qui devient de plus en plus vaste, nécessite une continuelle mise à jour de nos connaissances, avec un goût de l'investigation clinique et thérapeutique.

Lutter contre la structure oppressive et disciplinaire de l'ancien asile est un objectif qui ne souffre guère de discussion, et que je crois presque dépassé, bien que beaucoup d'attitudes de ce genre risquent de ressurgir, si nous n'y prenons pas garde. Nous les avons suffisamment dénoncées, dans notre récente publication : « Sanctions et thérapeutique psychiatrique », pour ne pas y revenir.

Le danger me paraît se situer actuellement dans une sorte de démission à rechercher ce colloque singulier avec le malade devant l'ampleur que prennent les thérapeutiques dites collectives, ou plus exactement institutionnelles ; c'est-à-dire, suivant la définition de notre collègue Daumézou, « l'utilisation des dynamismes de groupe, qui se développent au cours de la création et du développement d'éléments de vie sociale dans l'hôpital psychiatrique ». Si elles ont modifié complètement le climat de nos services, le rendant infiniment plus tolérable et humain, elles n'ont pas guéri pour cela la maladie mentale, tout au plus permettent-elles de la traiter dans de meilleures conditions.

Dans une thèse inspirée à mon interne, Mme Ségui (1), j'ai cherché à définir ce qui pouvait aboutir à la création d'une ambiance psychothérapique. J'y vois la résultante de tous les efforts déployés pour éviter la nocivité du séjour à l'hôpital psychiatrique qui, dans la plupart des cas, aggrave la maladie mentale avant même qu'on la traite. Cette lutte contre la désadaptation et le désarroi du malade dépasse

(1) Dr Jeanne Ségui : « La notion d'ambiance psychothérapique à l'hôpital psychiatrique. Expérience d'un service de femmes ». *Thèse*, Toulouse, 1955.

la sociothérapie, même prise au sens large, elle englobe tout ce qui a trait au contact avec le malade et à sa réhabilitation.

Un de ces éléments fondamentaux, en dehors d'une meilleure attitude psychiatrique de la part du personnel infirmier, est la « présence » et l'accessibilité du médecin. Si j'insiste sur la primauté de l'attitude médicale, j'estime que nous ne devons pas pour cela nous aligner sur le style « hôpital général », c'est-à-dire le travail réservé à la matinée, la solennelle visite, l'impersonnalité devant le malade, l'exclusivité sinon l'abus des thérapeutiques somatiques.

Je me garderai, bien sûr, d'attribuer tous ces travers aux médecins des hôpitaux. Toute valeur scientifique mise à part, notre manière m'est toujours apparue très différente, cela sans doute parce que nous soignons le moral, ce qui nous oblige à rechercher un contact en tête à tête avec le malade, et également à nous préoccuper de son entourage familial et social. Cette notion, presque absente dans la médecine d'hôpital, gagnerait certes à y être introduite. Nous trainons malgré tout un handicap, cette particule de « chef », résidu de l'ancienne conception pénitentiaire de la psychiatrie, qui peut parasiter beaucoup de nos comportements. Efforçons-nous au moins de la réserver à nos correspondances avec l'Administration, et je souscris ici entièrement à l'aphorisme de Bonnafé, « être de plus en plus médecin et de moins en moins chef ».

A juste titre, on pourra objecter que la surcharge de nos services rend bien aléatoire pour nous la connaissance approfondie de chacun de nos malades. Je crois pourtant que quelques années de séjour dans le même service, ce qui devrait être rendu obligatoire dans notre statut, permettent d'y arriver dans une large mesure, si l'on veut bien se donner la peine d'examiner une dizaine d'anciens malades par semaine. Au cours de ces révisions, il m'est arrivé de constater que certains d'entre eux n'avaient pas eu de conversation avec un médecin depuis vingt ans. Si critiquables que soient nos conditions de travail dans le grand hôpital psychiatrique départemental, elles n'excusent pas de pareilles négligences. Sa position de terminus, j'entends par là d'endroit où reviendra toujours le malade en cas de rechute, a même le mérite de nous donner une exacte appréciation de nos possibilités et aussi de nos responsabilités, puisque nous ne pouvons nous leurrer de l'espoir que nos échecs vont être traités ailleurs. Cette continuité nous différencie absolument de l'hôpital général, qui se doit à tout prix d'obtenir des résultats hâtifs, alors que le pronostic d'une affection mentale est toujours difficile à poser dans le temps, c'est pourquoi nous estimons que tous les malades mentaux ont intérêt à être traités chez nous, si nous pouvons leur offrir des conditions d'hospitalisation décentes.

Un puissant courant de transformation de l'architecture et de l'ensemble des conditions matérielles de nos établissements dans le sens de la liberté et de l'intimité le permettra bientôt, nous l'espérons, en

de nombreux endroits. C'est évidemment une condition nécessaire, mais non suffisante, si elle ne s'accompagne pas d'une modification du climat aussi difficile à réaliser.

Le Centre psychiatrique-village, où je pense qu'on ne construira pas une gendarmerie, devra s'adresser avant tout à des malades à soigner, et non à des « pensionnaires ». Tout son personnel y sera donc médical, et un heureux équilibre entre la thérapeutique individuelle et la sociothérapie y sera recherché, qui n'impliquera ni le slogan du travail rédempteur, ni le devoir pour tout malade de s'intégrer à un groupe, ni les querelles de prestige entre infirmiers et moniteurs. On y tiendra compte de la vieille notion d'isolement, de repos, actuellement remise au premier plan par les cures de sommeil, qui est au moins aussi essentielle que l'ergothérapie. Nous savons que la même évolution se manifeste en phthisiologie sous la forme du Bed-Rest.

En conclusion, aucune exclusivité dans les thérapeutiques, individualisation de nos attitudes pour chaque cas, primauté de la relation médecin-malade, sans personne interposée, désir de travailler en profondeur, plutôt que de rechercher des résultats spectaculaires, constituent notre position, qui nous permettra d'arriver au maximum de rendement thérapeutique, dans une ambiance vraiment psychorapide.

Faut-il enseigner l'administration à nos infirmiers ? par MM. BERNARD, BONNAFÉ, DAUMÉZON, OULÈS.

Les programmes traditionnels de formation des infirmiers des hôpitaux psychiatriques comportent un enseignement spécial d'administration. Dans les grands établissements, il est même classique d'en confier l'enseignement à des fonctionnaires administratifs : directeur, économiste, etc... Il est habituel de réunir, avec les cours d'administration, les leçons de morale professionnelle. Tout naturellement, cette pratique aboutit à présenter à l'infirmier une part de son personnage comme celui d'un petit fonctionnaire, dont le rôle essentiel est l'application stricte d'un règlement, dans des relations de loyauté avec l'Administration, dont il est le préposé. Les textes récents, en particulier le Statut du personnel hospitalier, tel qu'il découle du décret-loi du 20 mai 1955, n'ont-ils d'ailleurs pas organisé toute la profession d'infirmier en éliminant toute référence aux fonctions techniques, en aménageant seulement les fonctions de « préposé », supprimant même la mention des relations spéciales avec le médecin, que l'ordonnance de 1839 avait prévues.

Lorsqu'on considère l'origine habituelle et l'absence de formation préalable de nos collaborateurs, il apparaît comme singulièrement dangereux qu'à ces jeunes gens, à ces jeunes filles, pour la plupart

arrivés dans l'hôpital ignorants du rôle qu'ils ont à jouer au nom du médecin près du malade, il soit présenté comme fonction primordiale le maintien de l'ordre administratif, et comme fondement de leur attitude morale les règles de bienséance qui s'imposent à un bon employé. L'état de faible avancement technique de trop de services ne peut guère parvenir à faire prendre au sérieux les cours médicaux. Dans les services, si souvent encombrés, que nous offrons comme théâtre d'action à ces jeunes gens, dans l'absence d'éléments de confort et d'hygiène élémentaire, dans le mépris des règles de contact humain que postule la cohue de trop de pavillons, l'enseignement médical ne peut manquer d'apparaître comme dérisoire. A l'inverse, autrement plus solide apparaît l'enseignement du directeur : les règles de la comptabilité, le respect des formalités de l'internement, ne sont pas des billevesées, mais des réalités tangibles, quotidiennement constatables. Un surveillant qui constate des manques dans son inventaire aura forcément des ennuis ; on sait par contre la solidarité complice dont bénéficient les auteurs de telles graves fautes envers les malades.

C'est en prenant une conscience aiguë de cette situation que, nous préoccupant de la formation de l'infirmier, nous nous sommes demandés s'il ne convenait pas de repenser les modalités de l'enseignement des matières dites administratives, en vue de les replacer à leur vraie place dans une perspective qui permette à l'infirmier de les assimiler sans risquer de devenir plus un préposé que le collaborateur du médecin.

Étant parvenus, après discussion, à un plan qui nous a paru répondre à ces préoccupations, nous avons cru devoir le soumettre à votre examen et, éventuellement, à vos critiques.

Nous pensons que l'enseignement de l'infirmier doit être d'abord orienté vers l'apprentissage des notions et la formation de la personnalité, qui feront de lui un technicien capable de prolonger, auprès du malade, l'action thérapeutique du médecin. C'est dans cette perspective qu'après avoir, au préalable, présenté les diverses techniques de soins des maladies physiques, nous présentons une étude des comportements pathologiques, des attitudes qu'ils suscitent chez le sujet non préparé, des attitudes qu'ils postulent chez l'infirmier formé. Puis viennent les grandes techniques psychiatriques, telles qu'elles devraient être appliquées par l'infirmier et le médecin au malade quelle que soit la situation (malade soigné à domicile, en maison de santé privée ou en hôpital). Il convient de noter que nous nous écartons ici des programmes classiques, qui ne manquent pas de présenter sous le nom, au total tragiquement ironique, de soins aux malades mentaux, tout un ensemble de techniques asilaires, telles que les fouilles d'entrée, les inventaires périodiques, les techniques de repas hospitalier, etc...

Néanmoins, nous pensons que, avant d'aborder la dernière partie,

qui nous intéresse aujourd'hui, l'infirmier doit être en possession des notions de base et de la formation, qui le rendent apte à être un vrai infirmier.

Se pose alors, tout naturellement, une question : Dans quel cadre social se développera ce métier, cette profession d'infirmier ? et la première leçon d'administration est l'exposé des règles législatives en la matière, et un rapide tableau des diverses situations : infirmier privé, infirmier public.

Il devient alors naturel que l'infirmier, pour pouvoir aussi efficacement que possible jouer le rôle original qui est le sien, doive connaître le cadre administratif où il se meut, les conditions juridiques et administratives du placement du malade auquel il applique ses soins.

Au fur et à mesure que lui sont fournies ces informations, il est naturel d'en induire aussitôt quelles sont les incidentes des situations évoquées sur les soins aux malades. Après avoir ainsi brossé le tableau de la hiérarchie hospitalière et sa mise en place dans la nation, on aboutit à étudier le fonctionnement de l'unité de soins, c'est-à-dire à étudier comment l'infirmier doit, connaissant intimement les règles administratives auxquelles il est soumis, faire tous ses efforts pour en tirer des conduites thérapeutiques.

L'exposé du plan des divers développements que nous présentons à ce sujet nous fera mieux comprendre :

I. LES SOINS PHYSIQUES DANS L'UNITÉ DE SOINS

A) *Médicaments.* — a) Prescription, délivrance, cahier de pharmacie ; conservation, armoire à pharmacie de pavillon ; administration des médicaments ; compte rendu et notation ; cas particuliers de l'aménagement de traitements spéciaux, fiches de traitement spécifique, feuille d'insuline, etc...

b) Traitements particuliers : prescription, réalisation, dans le cadre hospitalier, de l'électrochoc ou de traitements divers.

B) *L'alimentation.* — a) Les régimes alimentaires de l'hôpital ; cahier de régime ; prescription, délivrance ; préparation.

b) Le repas à l'hôpital psychiatrique.

C) *La vêtue et l'hygiène corporelle.* — a) Trousseau, inventaires, salle de vestiaire ; contrôle, délivrance ; conservation ; comptabilité.

b) Le linge.

c) La toilette à l'hôpital psychiatrique ; cahier de bains ; organisation et climat de la toilette.

D) *La literie et le couchage.* — a) Inventaire, comptabilité ; la lingerie, la pièce à linge sale, manutention du linge sale.

b) Le lever.

c) Le change.

E) *Hygiène générale.* — a) Le matériel, l'inventaire ; les objets de consommation, produits d'entretien, papier W.-C.

b) Les collectes extérieures ; l'infirmier de courses et l'utilisation de la course dans le traitement du malade.

II. — LE CLIMAT DU PAVILLON

A) *Le travail thérapeutique.* — a) Comptabilité : entrées, destination, sorties des objets fabriqués ; pécule.

b) Les travaux d'accrochage ; la participation à l'entretien ; l'atelier de pavillon.

B) *Les périodes de détente.* — a) Mobilier de détente, lieux de détente ; matériel, jeux, T.S.F., T.V., bibliothèque de pavillon.

b) Les techniques de relaxations partielles dans la journée ; la veillée ; le dimanche.

C) *L'Horaire du pavillon.* — Règles administratives ; leur utilisation.

D) *La vie collective du pavillon.* — a) Thérapie socio-individuelle dans le pavillon.

b) Règles administratives sur les relations personnel-malade et malade-malade.

c) Les « groupes » dans le pavillon.

d) Essai d'institutionnalisation : les clubs thérapeutiques de pavillon.

e) Les moments de la vie collective : fête, bals, soirées.

III. LA TECHNIQUE D'OBSERVATION

a) Généralités.

b) Le rapport individuel, son intégration à l'observation médicale.

c) Le rapport collectif, sa valeur juridique, les cahiers.

IV. LA TECHNIQUE DE DIRECTION DU PAVILLON

La répartition des tâches ; les tâches d'organisation, changement d'équipe, consignes ; les tâches de comptabilité ; l'animation ; les réunions de personnel sous la direction du médecin.

Ce très rapide aperçu doit permettre à nos lecteurs de percevoir la perspective de l'enseignement que nous préconisons, que nous voudrions éclairer de deux exemples : L'infirmier traditionnel sait comment seront distribués, aux divers magasins, les produits... ; dans les premiers temps de son service, les anciens lui ont montré qu'il était pratique de se faire accompagner d'un « bon malade », portefaix ou rouleur de brouette. Nous voudrions qu'un vrai infirmier connaisse mieux encore les ficelles de la distribution, mais qu'il sache que, pour le malade convalescent, la sortie avec l'infirmier sera un événement thérapeutique et qu'on pourra, quelques jours plus tard, lui donner plus de développement en expliquant au malade la mécanique des opérations et l'y faire participer.

L'infirmier traditionnel sait que, pour chaque journée de travail, le malade est inscrit au pécule etc..., le vrai infirmier doit savoir expliquer au malade que la recette fonctionne comme une banque et doit savoir guider le malade dans ses demandes d'argent et l'utilisation de ce dernier.

Ainsi dispensé, l'enseignement rigoureux des données administratives, loin de détourner l'infirmier de sa tâche, doit lui permettre de mieux utiliser les possibilités, hélas restreintes, que la vie administrative lui offre tout de même de rendre utile le séjour à l'hôpital.

Observations statistiques sur les familles où survient une anorexie mentale, par MM. ALBERT-CRÉMIEUX et Maurice DONGIER.

Depuis un an, avec la collaboration de nombreux collègues (1), nous avons recherché la position dans la fratrie des jeunes filles présentant le syndrome classique de l'anorexie mentale.

Le tableau ci-dessous (qui inclut également 26 observations recueillies dans la littérature) (2) résume la chronologie des naissances dans 70 cas (3). N'ont été portés sur le tableau que les enfants ayant vécu plus de six mois. « G » correspond aux frères, « F » aux sœurs, « F » à l'anorexique.

La simple inspection de ces données amène aux constatations suivantes :

(1) Mmes FAVEZ-EOUTONIER et A. SIMON, MM. ALLIEZ, BOUDOURESQUES, CAÏN, CESSA et LOMBARD, HESNARD, MOUREN, que nous remercions de leur collaboration.

(2) STANLEY COBB, DU BOIS et FELIX DEUTSCH (Boston).

(3) Vingt nouveaux cas sont ajoutés ici aux cinquante présentés par l'un de nous à Nice, à la réunion de psychanalyse du 6 septembre 1955, annexée au Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française.

TABLEAU SCHÉMATISANT LA SITUATION DANS LA FRATRIE
DE 70 JEUNES FILLES ATTEINTES D'ANOREXIE MENTALE

1. <i>F</i>	25. <i>FF</i>	49. <i>G.F.F</i>
2. <i>F</i>	26. <i>GF</i>	50. <i>G.F.F</i>
3. <i>F</i>	27. <i>GF</i>	51. <i>FF.G.F</i>
4. <i>F</i>	28. <i>GF</i>	52. <i>FF.G.F</i>
5. <i>F</i>	29. <i>GF</i>	53. <i>FF.G.F</i>
6. <i>F</i>	30. <i>GF</i>	54. <i>F.G.G.F</i>
7. <i>F</i>	31. <i>GF</i>	55. <i>FF.G.F</i>
8. <i>F</i>	32. <i>GF</i>	56. <i>G.G.F.G</i>
9. <i>F</i>	33. <i>GF</i>	57. <i>F.F.F.F</i>
10. <i>F</i>	34. <i>GF</i>	58. <i>FFFF</i>
11. <i>F</i>	35. <i>G.G.F</i>	59. <i>FF.G.F</i>
12. <i>F</i>	36. <i>FF.G</i>	60. <i>F.G.F.G.F</i>
13. <i>F</i>	37. <i>FF.G</i>	61. <i>FFFF.G.F</i>
14. <i>F</i>	38. <i>G.F.F</i>	62. <i>G.F.F.F.G</i>
15. <i>F</i>	39. <i>G.F.F</i>	63. <i>G.G.F.F.F</i>
16. <i>F</i>	40. <i>FF.G</i>	64. <i>FFFF.F.F</i>
17. <i>FF</i>	41. <i>FFF</i>	65. <i>FF.G.G.G</i>
18. <i>FF</i>	42. <i>FFF</i>	66. <i>FFFF.F.F.F</i>
19. <i>FF</i>	43. <i>FFF</i>	67. <i>FF.F.G.F.G</i>
20. <i>FF</i>	44. <i>F.G.F</i>	68. <i>FF.F.G.F.G</i>
21. <i>FF</i>	45. <i>F.G.F</i>	69. <i>FF.G.F.G.G.F.F.G</i>
22. <i>FF</i>	46. <i>FFF</i>	70. <i>G.G.F.F.F.F.F.F.G.G</i>
23. <i>FF</i>	47. <i>FFF</i>	
24. <i>FF</i>	48. <i>FFF</i>	

1° Les filles prédominent en nombre dans ces familles : 70 malades ont 81 sœurs et 52 frères.

2° L'anorexique est plus souvent tard venue dans la fratrie (elle occupe 24 fois la situation « médiane » : 16 filles uniques, 7 dans une fratrie de trois, 1 dans une fratrie de cinq), mais ces cas une fois éliminés, on la trouve 33 fois dans la moitié plus jeune, contre 13 fois dans la moitié aînée.

3° Ce sont en particulier les sœurs plus âgées qui sont plus nombreuses : 56, contre 25 plus jeunes. La différence est beaucoup moins importante en ce qui concerne les frères : 31 sont plus âgés, 21 plus jeunes.

4° Quand une anorexie mentale survient dans une fratrie de deux, c'est 16 fois sur 18 chez la deuxième : une aînée de deux devient rarement anorexique.

5° Même dans les fratries plus nombreuses, l'anorexique est souvent la plus jeune : si l'on élimine les 16 filles uniques, on s'aperçoit que, sur 54 familles de plus d'un enfant, 31 fois l'anorexique est la benjamine (57,5 %) ; 8 fois seulement elle est l'aînée (13 %).

6° Enfin, jamais nous n'avons observé deux cas d'anorexie dans la même famille.

Nous projetons de poursuivre l'élaboration de ce tableau en utilisant toutes les contributions possibles, et, si les phénomènes observés se confirment, de rechercher, parmi les théories psychogénétiques de l'anorexie mentale, celles qui peuvent rendre compte de ces constatations.

La séance est levée à 19 heures.

Le secrétaire des séances :

M. BERGERON.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Réunion du 1^{er} mars 1956

Paraplégie chez un achondroplase. Rôle des anomalies vertébrales,
par MM. A. GROSSIORD, G. GUIOT, J.-P. HELD, M. TOURNILHAC et R. BESSON.

Les auteurs rapportent un cas de paraplégie d'apparition progressive chez un achondroplase typique de 55 ans ; paraplégie spasmodique peu douloureuse, mais avec troubles sensitifs, à type d'hyperesthésie à limite supérieure L2 et gros troubles sphinctériens. Le lipiodol moule à chaque étage les lésions d'arthrose vertébrale. L'intervention montre une moelle à l'étroit dans le canal spinal rétréci par des saillies discales. On ne note aucune amélioration post-opératoire. Les auteurs font une revue des cas de paraplégie chez les achondroplases. Ils notent les caractères communs de beaucoup de ces cas, la compression siégeant le plus souvent entre D12 et L2. Ils insistent, après Donath et Vogl :

1° sur les troubles de la statique rachidienne chez les achondroplases, et en particulier sur les lésions de la jonction dorso-lombaire ;

2° sur l'étroitesse remarquable chez ces sujets du canal rachidien.

Tout ceci explique facilement les possibilités de lésions médullaires chez les achondroplases.

Volumineuse tumeur extra-durale comprimant la queue de cheval.
Géode corporeale de la 3^e vertèbre lombaire. Intérêt de la tomomyélographie opaque sur l'image d'arrêt, par MM. M. FELD et S. SURMAND.

Les auteurs présentent l'observation anatomo-clinique d'un fibroblastome géant extra-dural de la queue de cheval, qui a évolué pendant deux ans et demi sous l'aspect clinique d'une lombo-sciatique d'effort. Des tractions vertébrales ont produit passagèrement une sédation des douleurs. Le diagnostic neurologique est celui de tumeur de la queue de cheval ; mais les radio-

graphies montrent une géode à contour net du corps de la 3^e vertèbre, dont les tomographies précisent les dimensions. L'ablation complète de la tumeur est suivie de la disparition des douleurs et de l'atténuation rapide du déficit neurologique. Les auteurs insistent sur la pathogénie et les particularités de la géode vertébrale, signe direct d'usure osseuse sous la poussée de la tumeur intra-rachidienne.

Dyssynergie cérébelleuse myoclonique de Ramsay-Hunt. Etude anatomique, par MM. J. CHRISTOPHE et J. GRUNER.

Les auteurs font l'examen anatomique d'un cas de dyssynergie cérébelleuse myoclonique présenté en 1951. Il révèle, d'une part, des lésions du type de la maladie de Friedreich (dégénérescence des cornes postérieurs et des faisceaux spino-cérébelleux, de la colonne de Clarke, lésions des noyaux vestibulaires et des voies sensitives centrales) et, d'autre part, une atteinte sévère du système dento-rubrique et de ses connexions encéphaliques.

Lés rares vérifications du syndrome montrent des images analogues. Il semble justifié d'admettre une maladie de Ramsay-Hunt, entité anatomoclinique, dans le vaste cadre des hétéro-dégénérescences spino-cérébelleuses ; des formes de passage sont possibles avec des affections voisines du même groupe. Les formes dento-rubriques de Hunt n'ont pas fait leur preuve anatomique. Le noyau dentelé n'a pas, sans doute, un rôle isolé dans les myoclonies.

Hippocampe et comportement. Les modifications du comportement provoquées par la stimulation de l'hippocampe chez le chat, par MM. P. PASSOUANT, Mme Th. PASSOUANT-FONTAINE et M. J. CADILHAC.

Les auteurs ont étudié, d'une part, la réaction électrique à l'enfoncement, qui montre une décharge électrique caractéristique, d'autre part la réaction à la stimulation et à la post-décharge, comportant une diminution de la vigilance et un état de stupeur, et se différenciant, complètement de l'excitation de l'amygdale, une réaction post-critique avec sensation de bien-être, enfin des modifications de l'affectivité. Cette étude permet d'envisager que l'hippocampe est une structure d'intégration.

Syndrome cérébelleux statique de type atrophié olivo-ponto-cérébelleux d'origine syphilitique, par MM. G. BOUDIN et B. PÉPIN.

Les auteurs présentent une malade de 65 ans, chez laquelle s'est constitué progressivement depuis deux ans un grand syndrome cérébelleux essentiellement statique mais aussi cinétique, du type de ceux de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. L'association à ce syndrome d'une aortite avec double souffle de la base et dilatation anévrysmale de la carotide primitive droite, l'existence d'une réaction de Wassermann positive dans le sang et d'un test de Nelson à 100 % dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien permettent aux auteurs de discuter le rôle de la syphilis dans la genèse de cette atrophie cérébelleuse tardive et peut-être d'expliquer certains symptômes associés comme l'abolition des réflexes tendineux, l'atrophie cérébrale dif-

fuse avec état démentiel. Ils rapprochent leur observation des cas analogues publiés par MM. Guillain, Bertrand et Decourt et par MM. Alajouanine et Hornet.

Encéphalite nodulaire sporadique avec polynévrite et dégénérescence des cordons postérieurs, par MM. Th. ALAJOUANINE, P. BERTRAND et H. FLAVIGNY.

Les auteurs ont observé un tableau de parésie des quatre membres avec amyotrophies. Troubles de la sensibilité profonde, algies de caractère polynévritique et troubles caractériels de type mélancolique ; une réaction de dégénérescence partielle était nette au niveau des muscles et des nerfs. Le liquide céphalo-rachidien était le siège d'une hyperalbuminose, d'une lymphocytose, de benjoin précipité dans les premiers tubes.

Le décès survient après six mois d'évolution. L'examen anatomique montre une atteinte des faisceaux de Goll et de Burdach, prédominant à la région cervicale et une encéphalite para-ventriculaire avec lésion des corps mamillaires, de la corne d'Ammon et du noyau amygdalien. Au point de vue nosologique, il s'agit d'une pan-encéphalite médullaire avec une polynévrite. Ce cas évoque les rapports qui existent entre les polynévrites infectieuses et les encéphalites à virus.

Sur la signification de certaines fugues épileptiques. A propos d'une observation électro-clinique d' « état de mal temporal », par MM. H. GASTAUT, J. ROGER et A. ROGER.

Les auteurs, à propos d'une observation électro-clinique, apportent une preuve de la nature épileptique de certaines fugues coordonnées survenant chez des sujets dépourvus d'autres manifestations patentes de la lignée comitiale. Ils espèrent avoir éclairé la physio-pathogénie de ces fugues en mettant en évidence un de leurs mécanismes possibles, celui d'un état de mal temporal, dont les décharges subintrantes ne s'accompagnent pas de manifestations cliniques critiques, mais d'un trouble de la mémorisation, empêchant la fixation des souvenirs. Le malade en fugue ne serait donc pas privé de sa conscience (tout au moins complètement) mais il serait isolé de son passé et incapable de fixer le présent. C'est pourquoi son comportement ne peut être adapté qu'aux situations immédiates et simples, et soumis à une activité automatique, le faisant dormir quand il a sommeil, demander à boire quand il a soif et déambuler entre temps. C'est pourquoi aussi il ne se souvient pas de la fugue quand elle a pris fin.

Arachnoïdite apparue au cours d'un traitement par les injections sous-arachnoïdiennes d'hydrocortisone, par MM. J. DEREIX, A. VANDENAUTE et M. DEHECQ.

Les auteurs relatent un accident très particulier qu'ils ont observé par ce traitement : l'apparition d'un blocage complet du liquide céphalo-rachidien par arachnoïdite. Les auteurs discutent le mécanisme d'apparition de ce phénomène : en déduisant de leurs constatations les règles à suivre pour la conduite du traitement par les injections sous-arachnoïdiennes d'hydrocortisone.

Indications de l'hydrocortisone intrarachidienne en thérapeutique neurologique. Etude des incidences biologiques, par MM. J. TUREN et Ed. GARDE.

Les auteurs rapportent les résultats qu'ils ont pu obtenir par l'hydrocortisone intra-rachidienne dans les différents syndromes radiculaires méningés et médullaires. Ils étudient les modifications du liquide céphalo-rachidien lors de ce traitement.

Un nouvel activant sur les électro-encéphalogrammes,
par MM. J. DELAY, F. SCHULLER, G. DROSSOPOULO, G. et J. VERDEAU.

Les auteurs ont employé le NP 13 comme agent convulsivant, qui paraît supérieur aux produits employés jusqu'à ce jour, car il n'entraîne pas de crises chez le sujet non épileptique et les crises qu'il provoque chez les épileptiques sont cliniquement et électriquement semblables aux crises spontanées.

Action du pantoténate de sodium sur les vertiges,
par MM. P. AUBRY et S. SIGWALD.

Les auteurs signalent l'action remarquable du pantoténate de sodium sur les vertiges secondaires à une hyperexcitabilité labyrinthique : les vertiges post-streptomycine et la labyrinthique spécifique. Les syndromes de Ménière sont particulièrement sensibles. Dans le traitement par la streptomycine, ce produit semble avoir une action préventive et curative.

Elie FOUQUIER.

**Groupeement français d'études
de neuro-psycho-pathologie infantile**

Séance du 19 mars 1956

Présidence : Mme BOREL-MAISONNY, présidente

Un cas d'anorexie élective au cours d'une démence de Heller,
par MM. BELEY, BABIN et LEVRIE.

Les auteurs présentent un enfant atteint de démence de Heller, âgé de 10 ans, jumeau homozygote. Sa mère est une névropathe, déséquilibrée mentale. L'enfant s'est développé normalement jusqu'à une chute suivie d'insomnie à 30 mois. Il est interné en 1955 à Perray-Vaucluse, dans un état

d'agitation et d'insomnie, qui s'accompagne du refus d'aliments. L'anorexie cède d'abord dans des conditions électives : les parents apportent des éclairs au chocolat, que mange seulement l'enfant.

A propos de cette observation, les auteurs éliminent le diagnostic de démence précocissime et justifient le classement de cette affection dans le cadre de la démence de Heller.

Discussion

M. MICHAUX. — discute la possibilité d'une schizophrénie infantile dans cette observation.

M. LEBOVICI. — pense que la maladie de Heller représente une entité nosographique qui doit être démembrée au profit des encéphalopathies infantiles d'une part, des états pré-psychotiques infantiles d'autre part.

M. BRISSOT. — souligne le problème de la débilité mentale évolutive.

M. LANG. — défend la notion de psychose infantile plus satisfaisante, dans bien des cas, que celle de schizophrénie.

Dispositions musicales précoces chez une fille de cinq ans grande arriérée de l'intelligence et de la parole (avec présentation de malade), par LÉON MICHAUX, D. DUCHÉ, C. STEIN et Mlle LEPAGE.

Une source d'erreurs en psychiatrie infantile est l'existence de dons électifs et précoces qui font surestimer l'intelligence : ainsi des faux enfants prodiges, calculateurs entre autres, qui sont souvent des débiles. Les auteurs présentent une enfant qui, dès 3 ans, reproduisait de multiples airs par le chant et l'harmonica, avec autant de justesse que de rythme. Elle a aujourd'hui 5 ans 1/2 ; son niveau intellectuel se situe vers 3 ans ; son langage ne dépasse guère le psittacisme et l'écholalie. Les auteurs étudient le langage des idiots, leur prédilection pour les couleurs, la fréquence de leur intérêt à la musique. Ils envisagent à ce propos les rapports de l'intelligence, et des dispositions musicales. Celles-ci ne peuvent pas, chez les arriérés, atteindre au talent qui requiert attention et application.

Discussion

Mme WYL. — ne pense pas qu'on puisse parler de dispositions musicales dans ce cas. Elle demande si l'on a étudié les réactions de l'enfant devant le rythme, l'harmonie, la mélodie.

M. BRISSOT. — estime que les dispositions musicales n'entrent pas dans le cadre des grandes facultés intellectuelles (cas de chefs d'orchestre prodiges, peu intelligents).

M. LAUNAY. — rappelle des observations où l'on constatait un langage stéréotypé, récité. Il s'agissait d'enfants arriérés, toujours extrêmement anxieux et présentant un état réellement schizoïde. M. Launay se demande si ces stéréotypies verbales ne sont pas une réassurance contre l'anxiété.

S. LEBOVICI.

Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse

Séance du 19 mars 1956

Sur deux cas d'arachnoïdite optochiasmatique tuberculeuse,
par MM. CALMETTES, DÉODATI et AMALRIC.

Les auteurs rapportent deux observations dans lesquelles la localisation et l'étiologie étaient certaines.

Une cécité rapide a constitué la première manifestation clinique dans la première observation, et dans la seconde la cécité s'est produite pendant la phase de guérison clinique et humorale apparente.

L. GAYRAL.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 24 mars 1956

Présidence : M. J. DE BUSSCHER, président.

Un cas de délirium tremens barbiturique au cours d'une barbituomanie d'étiologie inhabituelle, par M. J. FLAMENT.

Relation du cas d'une femme atteinte d'un délire chronique systématisé interprétatif, non hallucinatoire, qui absorbait de fortes doses de barbituriques pour se rendre incapable d'exécuter pendant la nuit ce que voulaient lui faire faire ses persécuteurs. Le sevrage brusque réalisé à l'occasion d'une hospitalisation fut suivi, après une crise épileptiforme, d'un état confusionnel onirique et anxieux, avec hallucinations visuelles et auditives menaçantes, tremblements et mouvements automatiques incoordonnés. Cet état dura sept jours et fut traité comme un délirium tremens alcoolique. Un second sevrage brusque, quelques mois plus tard, fut suivi de phénomènes quelque peu différents, mais comportant aussi un paroxysme épileptiforme et un état confusionnel passager. L'auteur reprend, à propos de ce cas, toute la discussion de la toxicomanie barbiturique, du délirium tremens

expérimental, du rôle pathogénique du sevrage. Le sevrage progressif est souhaitable, comme dans les autres désintoxications, et le bromure ne paraît pas pouvoir jouer le rôle de drogue de remplacement.

A propos d'un cas de négativisme, par M. J. PAQUAY.

Relation du cas d'un homme de 30 ans, qui avait présenté depuis plusieurs années, à la suite d'échecs et de traumatismes affectifs, un état d'abord dépressif et anxieux avec hyponcondrie, doutes, hésitations et finalement mutisme progressif. Une cure de Sakel avait amélioré passagèrement la situation, mais une rechute grave se produisit avec délire d'influence, solitaires, maniérisme, stéréotypies et finalement catatonie. Après échec de toutes les thérapeutiques de choc et de la narco-analyse, la leucotomie fut proposée mais (heureusement) refusée par la famille. Une amélioration progressive coïncida avec une cure de serpasil et, après une courte phase maniaque, le malade guérit complètement. L'auteur relate une intéressante auto-observation, dans laquelle le malade tente une analyse et une interprétation des troubles dont il a souffert et des thérapeutiques auxquelles il a miraculeusement échappé.

J. LEX.

Société belge de neurologie

Séance du 24 mars 1956

Présidence : M. MASSION-VERNIORY, président

Une nouvelle observation d'encéphalite nérosante aiguë avec inclusions,
par MM. J. CORDIER et J. HENNEAUX.

Etude anatomo-clinique du cas d'une femme de 58 ans qui, après avoir présenté un syndrome anxieux amélioré passagèrement par quelques électro-chocs, sombra brusquement dans un état stuporeux avec hyperthermie, et mourut au 4^e jour de collapsus intestinal et circulatoire.

Les auteurs insistent sur l'absence de signes neurologiques ou liquidiens, et sur l'importance des signes viscéraux.

L'examen anatomique montre les lésions classiques de l'encéphalite nérosante aiguë avec inclusions intranucléaires de type herpétique. Discussion du diagnostic et des rapports entre la symptomatologie clinique et les lésions observées, avec référence à la littérature.

Intoxication familiale par le plomb. Discussion du tableau clinique et des modifications électro-encéphalographiques chez plusieurs membres d'une même famille, par MM. MONTANINI et GONSETTE.

L'intoxication (par une canalisation d'eau) a duré trois ans. Elle a atteint le père, la mère et deux filles. Le père a fait des accidents à prédominance centrale (encéphalopathie saturnine grave) et la mère des accidents surtout périphériques (coliques, parésies et paresthésies des extrémités). Les enfants ont, comme c'est la règle, mieux résisté. Le tracé électro-encéphalographique s'est montré plus perturbé chez la mère, malgré la prédominance périphérique des lésions, et les altérations ont disparu au bout d'un mois. Les auteurs discutent le rôle du sexe, de l'âge, de la saison, du métabolisme individuel dans la pathogénie des troubles saturnins.

Nécrose médullaire par thrombose de l'artère spinale antérieure, par M. J. HENNEAUX.

Etude anatomo-clinique du cas d'une femme de 35 ans sans antécédents morbides, qui présenta une quadriparésie d'installation rapide avec troubles sphinctériens et trophiques, et, au début, troubles respiratoires graves. L'évolution se fit vers une amyotrophie aux membres supérieurs et une spasticité aux membres inférieurs. Le décès survint après cinq mois par cachexie, à la faveur de troubles dysentériques à bacilles de Shiga. L'examen anatomique mit en évidence une zone de nécrose importante, s'étendant de C₃ à C₇ et portant surtout sur la partie antérieure de la moelle. L'existence d'une thrombose reperméabilisée de l'artère spinale antérieure confirme l'origine artériopathique des lésions.

Pour situer ce cas, l'auteur reprend tout le problème des myélopathies nécrotiques à la lumière d'une revue de la littérature. Il montre que des faits très différents ont été publiés sous le même nom, et pour clarifier le problème, il propose une première distinction purement clinique en myélopathies nécrotiques à évolution insidieuse et celles à évolution rapide. Il passe ensuite en revue toutes les causes possibles de myélite nécrotique aiguë, subaiguë ou chronique.

Paramyotonie au froid familiale, par M. M. MEULDERS.

Relation d'un cas de paramyotonie au froid chez un jeune milicien. Les crampes surviennent uniquement sous l'influence du froid au niveau des membres et de la face, et réalisent un tableau voisin de la myotonie congénitale. L'affection est héréditaire : seize cas ont été relevés dans la famille du malade. L'électro-encéphalogramme montre des perturbations qui paraissent d'origine profonde, ce qui cadrerait avec l'hypothèse de troubles fonctionnels diencéphaliques dans la myotonie.

L'auteur discute enfin la place de la paramyotonie parmi les maladies musculaires. Bien que certains auteurs lui trouvent des analogies avec la maladie de Steinert, l'étude de la littérature suggère plutôt des rapports étroits avec la maladie de Thomsen ou myotonie congénitale, dont la paramyotonie serait un cas particulier.

L'exploration électro-encéphalographique de la prédisposition à l'éclampsie, par MM. L. SØREL, J. A. SCHOKAERT, J. COLLE, J. JANSSENS et M. RENAER.

La crise épileptique et la crise éclamptique sont cliniquement très semblables, mais la pré-éclampsie n'est pas nécessairement suivie de crise. Les auteurs ont examiné 23 pré-éclamptiques et 14 éclamptiques longtemps après l'accident aigu : les tracés électro-encéphalographiques sont très superposables, normaux ou subnormaux. Il semble que les différences signalées dans la littérature résultent d'un désaccord sur l'interprétation des tracés dits subnormaux. Les auteurs pensent que si la prédisposition existe il faudra la déceler par d'autres méthodes.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Crise existentielle d'une artiste (Existenzkrise einer Künstlerin), par Eckart WIESENHÜTTER (de Würzburg), 1 vol. (*Beiträge aus der allgemeinen Medizin*, série publiée sous la direction du professeur Viktor von Weizsäcker, fasc. 11, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1956).

L'auteur étudie, à la fois par une anamnèse soigneuse, par une analyse fouillée du comportement, des réactions psychiques, de la production plastique et picturale, la crise existentielle d'une artiste de 45 ans. Il est possible de retrouver un parallélisme entre les éléments psychologiques et anthropologiques et les caractéristiques fondamentales des œuvres du sujet. Pour l'interprétation de la valeur symbolique des différents tableaux, l'auteur s'appuie particulièrement sur les conceptions de C.-J. Jung ; mais, il tire également parti des travaux de Binswänger, V. von Weizsäcker, ainsi que de ses propres recherches, telles qu'elles avaient été décrites dans l'ouvrage « Ecce homo ». En appendice, 48 photographies reproduisent les œuvres analysées. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La liberté personnelle dans le cadre de la psychologie de la conduite humaine (La libertà personale nel quadro della psicologia della condotta umana), par Fr. Roberto ZAVALLONI, O.F.M., 1 volume, 310 pages. (*Pubblicazioni dell'Università cattolica del S. Cuore*, Società editrice « Vita e pensiero », Milan, 1956).

Dans sa présentation de l'ouvrage, le directeur du laboratoire de psychologie expérimentale de l'Université catholique du Sacré-Cœur, à Milan, Fr. Agostino Gemelli montre que la liberté de l'homme est peut-être le principal aspect de la conduite humaine. Tout en connaissant ses limites, la psychologie doit s'occuper du problème de la liberté. La notion de liberté se rapporte à la personnalité et non à la personne. L'auteur, assistant du laboratoire de psychologie, consacre la première partie à une analyse psychologique de la liberté. Un chapitre comporte un rappel historique sur le problème, d'abord antécédents immédiats (conception de la liberté selon les méthodes philosophiques : Maine de Biran, Jouffroy, Fichte, Schelling,

Hegel ; selon les méthodes scientifiques : déterminisme physique d'Auguste Comte, de Stuart Mill, déterminisme psycho-physiologique de Bain, de Ribot, déterminisme psychologique de Fougère, de Schopenhauer, liberté conçue selon la méthode morale de Secrétan, de Renouvier). Ensuite, est étudié l'état présent de la question : psychologie, physiologique (behaviorisme réflexologie), psychologie expérimentale (William James, Titchener, Külpe, Dewey), psychologie personnaliste (compréhensive, phénoménologique, des profondeurs).

Dans le chapitre suivant, sont étudiés les déterminants de la conduite humaine, cette dernière présentant une dimension temporelle et une dimension ambiante. Il faut décrire : 1) des déterminants physiologiques, précisés par des recherches expérimentales sur le conditionnement, le contrôle volontaire considéré comme une adaptation motrice ; 2) des déterminants psychologiques : suggestion post-hypnotique, auto-suggestion, déterminisme psychique dans le système de Freud, déterminisme finaliste d'Adler, déterminisme culturel des psycho-sociologues, déterminisme perceptif de la conduite ; 3) le déterminant du facteur émotif avec, en particulier, le facteur W de Webb.

La description des facteurs du processus sélectif fait l'objet du chapitre suivant avec étude des rapports entre motivation et comportement humain, analyse et évaluation des motifs, décision et réalisation du choix.

Le chapitre quatre est consacré à l'expérience scientifique du choix volontaire. Ce sont d'abord les résultats des recherches expérimentales, puis les éléments de l'expérience clinique (automatisme et décision volontaire, spécialement chez Janet ; la volonté considérée comme facteur thérapeutique, assez négligée par Freud, mise en valeur par Otto Rank, pouvoir créateur et intégrateur de l'homme : Rank, Jung, Goldstein, Baruk). Ensuite, c'est le choix volontaire en psychothérapie : autoperception et choix constructif (Carl R. Rogers), responsabilité et contrôle de la conduite, capacité de choix qui est une fonction de la personnalité. Enfin, c'est la liberté humaine dans ses rapports avec l'anthropo-analyse : études de Binswänger, la responsabilité et l'anthropologie existentielle (responsabilité existentielle de Binswänger), la liberté humaine et la logothérapie (Viktor E. Frankl), la conscience morale en psychiatrie (Baruk).

Une expérience empirique de la liberté vécue est traitée dans le cinquième chapitre. L'auteur a recherché des documents personnels en demandant à des sujets de 11 à 20 ans de décrire un fait concret de leur vie, dans lequel ils avaient eu l'expérience de la liberté ou d'une limitation de la liberté. Une analyse est faite de ces documents, permettant de préciser les données objectives de l'expérience empirique, le sens de l'expérience de liberté, l'apparition du sentiment social, les divers aspects de l'expérience de liberté, ses relations avec la conception de l'avenir, les causes multiples de limitation de la liberté, l'opposition entre coartation et exercice de la liberté (réactions à un rigorisme excessif, valeur éducative du choix volontaire).

La seconde partie de l'ouvrage a pour objet une évaluation théorique du problème de la liberté.

Le dixième chapitre est consacré aux fondements de la liberté personnelle. Le témoignage de la conscience montre que celle-ci est un fait d'expérience, mais qui a des limites. Dans l'acte considéré comme libre doivent être mises en valeur la motivation, sa signification, l'efficacité des motifs dans l'acte volontaire, la source de la motivation. Des hypothèses scienti-

fiques ont été proposées à propos du libre arbitre. Il faut en étudier la valeur : indéterminisme des phénomènes physiques et biologiques, régularités statistiques et liberté humaine, cette dernière considérée comme un phénomène de divergence. La liberté psychologique implique l'existence du principe de causalité, d'où la nécessité d'une étude de la double causalité de l'activité humaine, des lois psychologiques et des possibilités de prévision.

Dans le chapitre suivant est considérée la signification de la liberté personnelle : distinctive entre autonomie à laquelle participent tous les êtres vivants et auto-détermination. Celle-ci implique le plus haut niveau de conscience. Chez l'homme, elle ne peut être que relative. Ses modalités doivent être envisagées. Il ne faut pas confondre volonté avec effort conatif ; de même, il faut bien distinguer pouvoir créateur et sublimation freudienne. La liberté doit être étudiée dans ses relations avec le processus délibératif (rappel de la position de Freud, conditionnisme de la liberté humaine).

Le huitième et dernier chapitre indique les conséquences éthico-sociales et pédagogiques de la liberté : conséquences des conceptions personnalistes sur la vie morale, la vie sociale, l'éducation. Pour la première, il ne faut pas confondre liberté psychologique et liberté morale, bien distinguer moral conscient et moral inconscient (sur-moi), envisager la question des actes accomplis après psychothérapie, les inconvénients des conceptions juridiques de la morale. Pour la vie sociale, doivent être étudiés : liberté personnelle et sanction sociale, avec distinction entre imputabilité et responsabilité, rapports entre liberté et responsabilité, responsabilité médico-pénale. Enfin, pour l'éducation est montrée la nécessité de l'orientation personnaliste, synthèse de l'intellectualisme et du volontarisme. L'éducation doit tendre à la conquête de la liberté, mais nécessite l'auto-contrôle.

Dans sa conclusion, l'auteur, qui passe en revue les conceptions exposées dans les divers chapitres, montre la nécessité d'une théorie personnaliste de la liberté, avec comme conséquence une orientation personnaliste de l'éducation. C'est « seulement à travers l'exercice de la liberté de choix (que) l'enfant sera capable de conquérir la vraie liberté de l'homme mûr ».

Une importante bibliographie et un index alphabétique terminent l'ouvrage.

V.-J. DURAND.

Introduction à la psychologie médicale (Einführung in die medizinische Psychologie), par Georg DESTUNIS (de Friedrichshain), 1 vol., grand in-8°, xii-219 pages, Walter de Gruyter et C^o, Berlin, 1955, D.M. 22.

Le but de l'auteur est de présenter une psychologie médicale, mise à jour et tenant compte des progrès récents, tant dans le domaine de la psychologie proprement dite que dans ceux de la médecine et de la psychiatrie.

La première partie est une étude de la psychologie de la personnalité en médecine. Après un rappel de la structure de la personnalité et de la biodynamique archaïque (taxies et pulsions), l'auteur passe en revue les différents instincts : de conservation, sexuel, de soins et de protection, de nutrition, d'agressivité et de lutte, d'activité, de fuite, grégaire, de puissance, de défense, de rassemblement d'objets, de production, de résignation, de curiosité. Puis sont décrits les stimuli, l'humeur, les affects, les sentiments. Ce sont, ensuite, les fonctions noétiques : volonté, perception, images,

mémoire, langage et pensée, intelligence et aptitudes. Une description est alors faite du psycho-diagnostic : exploration, les tests considérés comme des méthodes diagnostiques auxiliaires (appréciation de l'intelligence par le test de Binet-Simon, tests de Ch. Bühler et H. Hetzer pour enfants de moins de 6 ans, épreuves d'association de mots, méthodes projectives, Thematic Apperception Test, Triebdiagnostik de Szondi, Sceno-Test de Gerdhild von Staabs, test du dessin de Wartegg, psycho-diagnostic de Rorschach. Enfin, une corrélation est faite entre typologie et personnalité, avec description des classifications de Kretschmer, Pende, W. Jaensch et E. Jaensch, Sheldon, Conrad, avant de terminer par l'évocation des rapports entre niveau et personnalité, avec opposition des différentes conceptions localisationnistes et holistiques.

La deuxième partie est consacrée à l'étude des névroses. Après un rappel historique, sont analysées les théories modernes sur l'apparition et la production des névroses (Viktor von Weizsäcker, Fr. Alexander, H. Schultz-Hencke, Pavlov, E. Kretschmer, E. Speer, Paul Bjerre, Viktor E. Frankl, C. F. Wendt, I. H. Schultz), puis la « Daseinsanalytik » de Ludwig Binswanger, les névroses expérimentales (Krasnogorski, Y. H. Masserman, Lewin), l'hypnose dans ses rapports avec l'étude des névroses. Une tentative d'interprétation de celles-ci est alors faite, admettant une action combinée de facteurs héréditaires et constitutionnels et d'éléments liés au milieu. C'est alors que commence une longue étude des différents facteurs en cause. D'abord, l'homme est étudié dans le milieu social : dispositions, intentions, réactions, interviennent. Il y a d'étroits rapports entre le développement des intentions et l'apparition des névroses. Diverses sont les intentions et leurs déviations pathologiques : troubles des tendances au contact, agressivité et ses manifestations morbides, pulsions de possession, tendances à se faire valoir, volonté de puissance, troubles de la libido, pulsions professionnelles, intention créatrice, toutes ces intentions et ces tendances étant susceptibles de présenter des perturbations plus ou moins graves. Sont ensuite décrits, sous le nom de rétentions, les phénomènes liés au refoulement des diverses intentions, avec particulièrement rétentions des tendances au contact de l'agressivité, de la sexualité. Quant aux réactions psychogènes, elles sont variées : dépressive, anxieuse, liée à l'angoisse d'attente, compulsive, hystérique, par névrose sexuelle (soit chez les névrosés sexuels, soit chez les personnalités perverses), explosive, paranoïaque, par surmenage.

Des affections somatiques sont parfois psychogènes, par exemple : les maladies de cœur psychogènes, l'hypertension essentielle, l'asthme bronchique, les troubles gastriques, le vomissement psychogène, le spasme de l'œsophage, les affections intestinales psychogènes, celles de la vésicule biliaire, le rhumatisme psychogène ; il y a d'étroites relations entre allergie et facteurs psychiques ; chez l'enfant, des causes similaires peuvent intervenir (énurésie diurne et nocturne, bégaiement, tics). Il faut enfin connaître les névroses cutanées (urticaire, prurits).

A l'opposé, des maladies organiques peuvent déterminer l'apparition de tableaux cliniques plus ou moins riches avec troubles psychiques (syndromes psycho-organiques). Il en est ainsi dans l'artériosclérose cérébrale, dans les processus séniles, après certains traumatismes, dans des tumeurs cérébrales, au cours de l'épilepsie, dans les encéphalites et les encéphalopathies, dans diverses intoxications et toxicomanies, au cours d'endocrinopathies (thyroïde,

hypophyse, parathyroïdes, gonades, surrénales), par l'atteinte de la région diencéphalo-hypophysaire, enfin chez les tuberculeux.

La troisième et dernière partie est une description des rapports entre personnalité et maladie, le patient réagissant aux affections morbides suivant les lignes dominantes de sa personnalité. On peut distinguer des personnalités anxieuses, d'autres qui s'opposent au mal, certaines qui recherchent la maladie, enfin des personnalités indolentes. La maladie marque le visage, l'expression, aboutissant parfois à la constitution de « masques » caractéristiques. Enfin, l'involution sénile peut aboutir au déclin et à la désorganisation de la personnalité.

Tout au long de l'ouvrage, marqué d'une grande objectivité, sont données de nombreuses références bibliographiques. Vingt photographies reproduisant des types morbides ou des expressions caractéristiques complètent le livre, qui se termine par un index analytique.

V.-J. DURAND.

L'expertise neuro-psychiatrique devant les juridictions criminelles (procédure et techniques), par Hélène RISER, thèse de doctorat en droit, 1 volume, 228 pages. Librairie générale de droit et de jurisprudence, R. Pichon et R. Durand-Anzias, Paris, 1956.

Cette importante thèse est l'œuvre de Mlle Hélène Riser, fille du professeur de clinique neurologique et psychiatrique de la Faculté de médecine de Toulouse. Ce dernier en a établi la partie médicale.

Dans son introduction, l'auteur montre les difficultés de l'expertise en général et les particularités dans le domaine de la psychiatrie.

Un chapitre préliminaire précise la définition et la nature de l'expertise en matière criminelle, insistant sur la pauvreté des textes correspondants, distinguant nettement l'expert du témoin ou du mandant de droit privé ou de droit public.

Puis, la première partie de l'ouvrage envisage les anomalies psychiques en tant que cause de non-imputabilité.

Un premier chapitre est consacré à l'étude des causes de non-culpabilité au point de vue juridique. L'article 64 du code pénal est le texte de base, mais la notion de responsabilité pénale n'est pas toujours clairement conçue; il y a parfois de grandes difficultés à délimiter le normal et l'anormal. La fiction de la responsabilité atténuée a créé de nouveaux problèmes.

Le chapitre deux a pour objet les causes de non-culpabilité du point de vue médical : article 64 et circulaire Chaumié sont soigneusement analysés et interprétés. Comment faut-il envisager actuellement le sens de l'article 64? et tout d'abord, que faut-il entendre par état de démence? Il faut comprendre tous les états psychopathiques permanents, même sans affaiblissement intellectuel. Il est absolument nécessaire de préciser si l'acte délictueux est la conséquence directe ou indirecte du trouble mental, ou s'il en est complètement dissociable. Les affections psychiques intermittentes, paroxystiques, peuvent rentrer également dans le cadre de l'article 64 (psychose maniaque-dépressive, épilepsie, crises paroxystiques toxiques). Que faut-il entendre par « au temps de l'action »? Parfois, « un délit peut être commis par un malade mental permanent, qui est donc en état de démence au moment de l'acte délictueux, alors que celui-ci relève d'un tout autre mécanisme que la maladie mentale en question. Dans certaines conditions, un dément au

moment de l'action peut être responsable de celle-ci ». Que faut-il comprendre par les termes, « une force à laquelle (le délinquant) n'a pu résister » ? C'est le difficile problème des obsessions et des obsessions-impulsions. La circulaire Chaumié de 1905 est soigneusement étudiée. Les critiques qui en ont été faites sont rappelées.

Dans la deuxième section du chapitre est tracée une ligne de conduite pratique entre les deux positions extrêmes de l'indulgence systématique et de l'application stricte de l'article 64. « L'expertise doit demeurer une mission d'information. »

Le chapitre trois évoque la question de l'ivresse, cause de démence. La jurisprudence à cet égard a connu de nombreuses fluctuations. Actuellement, la tendance est à la sévérité, l'intoxication alcoolique n'est pas considérée comme une circonstance atténuante.

Les règles générales de l'expertise sont exposées dans la deuxième partie.

Quand y a-t-il lieu à expertiser ? C'est l'objet du premier chapitre : cas où il y a lieu d'ordonner une expertise, autorités qui l'ordonnent (surtout juge d'instruction, mais aussi parfois procureur, tribunaux répressifs, chambre des mises en accusation). C'est pourquoi l'expertise peut se faire à différentes phases de la procédure. Il faut bien savoir qu'elle n'est obligatoire ni à l'instruction, ni à la période de jugement. Le tribunal, la chambre des mises en accusation peuvent refuser l'expertise ou la contre-expertise, malgré la demande des parties.

Le second chapitre est consacré au choix, au nombre et à la nomination des experts. Les conditions de choix sont précisées ; puis, en ce qui concerne le nombre, est envisagée la question de l'expertise contradictoire, très discutée. La désignation de l'expert, ses caractères juridiques, ses conséquences, sont exposés de façon détaillée. Plusieurs difficultés sont évoquées : l'expert peut-il accomplir des actes interruptifs d'instance ? Non. Peut-il s'entourer de renseignements ? Oui, en s'appuyant sur les données fournies par des sous-experts. L'expert peut-il imposer son examen au prévenu sans son consentement ? En principe, réponse négative.

La troisième partie décrit les opérations de l'expertise : serment (forme et formules, sanction de la formalité de prestation du serment, valeur de cette formalité) ; personnes qui assistent à l'expertise (inculpé, indiscutable ; avocat, toléré ; juge, peu souhaitable) ; travaux de l'expert. Ils nécessitent l'emploi de différentes techniques médicales concourant à l'élaboration du diagnostic : examen du liquide céphalo-rachidien ; narco-analyse, très discutée au point de vue juridique ; électro-encéphalographie ; psychanalyse exceptionnellement employée ; radiographie simple, artériographie, encéphalographie gazeuse, tests psychologiques.

Ensuite est étudié le rapport d'expertise, presque toujours écrit, présentant certaines particularités de forme. Il soulève la question du secret professionnel. Il faut souhaiter que le rapport comporte des indications de valeur pronostique.

Des difficultés peuvent surgir en cas de divergence d'opinion de plusieurs experts. Comme le rappelle l'auteur dans un dernier chapitre, le juge n'est pas lié par l'expertise ; il peut n'en pas tenir compte.

La quatrième partie est consacrée aux opérations consécutives à la rédaction du rapport : déposition de celui-ci ; rapport d'expertise et audience, supplément d'expertise, opposabilité du rapport. La responsabilité des experts peut être civile ou pénale. Le consentement est un fait justificatif

des actes de la profession médicale, d'où l'importance du consentement de l'inculpé au déroulement de l'expertise. Le chapitre terminal traite de la taxe des experts.

Dans ses conclusions, l'auteur montre les difficultés soulevées parfois par les expertises neuro-psychiatriques et le caractère insoluble de certains problèmes posés par elles.

En appendice, sont formulés quelques vœux pour l'établissement d'une expertise neuro-psychiatrique dans une législation de défense sociale et de réadaptation des délinquants anormaux, avec individualisation de la peine.

Diverses observations de la clinique neurologique et psychiatrique de Toulouse sont exposées pour éclaircir la discussion. Des références bibliographiques complètent l'ouvrage.

V.-J. DURAND.

Traité de psychologie générale. Concepts fondamentaux et clinique (Lehrbuch der allgemeinen Psychopathologie. Grundbegriffe und Klinik), par K. W. BASH (de Zürich), préface de H. Binder (de Rheinau) et avec la collaboration de H. Landolt (de Zürich), 1 volume, xvi-288 pages, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1955.

L'ouvrage, préfacé par le professeur Hans Binder, qui indique le but du livre, commence par une introduction de l'auteur, qui précise les conditions indispensables pour établir une bonne psychopathologie.

La première partie est consacrée à l'étude de la psychopathologie des propriétés psychiques fondamentales non structurées. D'abord, sont décrites les propriétés polaires : conscience et inconscient ; les différents degrés intermédiaires ; les différents niveaux de conscience entre veille, somnolence, sommeil, coma ; la question des crises et des équivalents épileptiques ; les produits qui augmentent la conscience (cocaïne, psychamines, etc.) ; cas de manie, sont successivement envisagés.

Ensuite, sont considérés les domaines polaires (conscient-inconscient), avec intermédiaires entre les deux états, notion de répression, la conscience dans la manie, la mélancolie, les délires hallucinatoires, l'oligophrénie, les démences. Une grande importance est accordée aux états crépusculaires, en particulier, ceux liés à l'épilepsie, ceux correspondant aux délires, aux intoxications, à la schizophrénie étant plus rares.

Puis, dans le troisième chapitre, sous le titre « instinct vital », sont évoqués les travaux de Hans Sélye, la faculté d'adaptation, le syndrome d'alarme, un parallèle étant établi avec la libido de C. G. Jung. Un syndrome de diminution et un syndrome d'augmentation de l'instinct vital sont décrits.

Dans la deuxième partie, sont considérées les lois de la structure psychique.

C'est d'abord la forme et le champ. Une des propriétés essentielles de presque toutes les structures psychiques est leur division spontanée entre figure et fond. Il faut admettre un champ psychique comparable au champ électro-magnétique. Cela conduit à la notion d'isomorphisme, c'est-à-dire l'accord dans toutes les propriétés formelles entre formes psychiques et physiques. L'auteur analyse alors la notion des archétypes de Jung, les rapports avec le moi, les complexes.

Le chapitre suivant oppose les comportements abstrait et concret, s'appuyant particulièrement sur les travaux de Goldstein. Entre les comporte-

ments abstrait et concret d'une part, la conscience et l'inconscient d'autre part, il n'y a pas de relation légitime.

La troisième partie est spécialement développée, avec une étude de la psycho-pathologie des fonctions psychiques fondamentales.

Un chapitre est consacré à la sensibilité : après quelques remarques psychologiques préalables, sur les notions de libido, d'affects, de sentiments, de « Stimmung », d'irradiation, de transfert, de déplacement, l'auteur étudie les troubles de la sensibilité, soit quantitatifs, comme on les observe surtout chez les maniaco-dépressifs, soit qualitatifs, comme chez les schizophrènes.

Puis est décrite la sensation proprement dite, à différencier de la perception et pouvant présenter, elle aussi, des troubles quantitatifs (hyper-, hypo-, anesthésie, analgésie) et des troubles qualitatifs.

Le chapitre suivant traite de l'intuition, de ses rapports avec les délires [groupe des délires expansifs, groupe des délires de négation, groupe des délires des relations (Beziehungswahn)], de la perception délirante, de l'illusion, de l'hallucination, des changements pathologiques de l'intuition.

La pensée est ensuite étudiée, dans ses modifications pathologiques : troubles quantitatifs des déments, des organiques, des arriérés ; troubles qualitatifs. Les propriétés du jugement sont décrites avec distinction des points de vue logique et médico-légal.

La psycho-pathologie des processus psychiques hautement structurés fait l'objet de la quatrième partie. Ce sont d'abord les processus liés au passé (rétrospectifs), avec étude de la mémoire, de ses troubles quantitatifs généraux (hyper, hypomnésie), de ses troubles quantitatifs de reproduction [amnésies diverses : sur les souvenirs récents, anciens, de dissociation, après états d'inconscience, rétrograde, cérébrale en foyer (aphasie, agnosie, apraxie)], enfin de ses illusions.

Puis sont envisagés les processus liés au présent avec troubles de l'orientation et des relations avec le moi (apersonnalisation, transitivisme, identification, dépersonnalisation, perte du moi), troubles de l'apperception, de l'intelligence, de la personnalité.

Enfin sont étudiés, en deux chapitres, les processus liés à l'avenir (prospectifs) : pulsions et instincts avec leur pathologie, cours de la perception et de l'action avec leurs troubles quantitatifs et qualitatifs (évolution névrotiforme, compulsion, « Poltersyndrom », évolution succédant aux lésions cérébrales diffuses, à l'épilepsie).

Les syndromes cliniques sont décrits dans la cinquième et dernière partie. Le syndrome général d'adaptation est d'abord envisagé et, particulièrement, dans ses possibilités d'application à la psychiatrie. Puis c'est le syndrome de rupture des structures psychiques ; conséquence des conceptions de la Gestaltpsychologie, il peut se voir dans certains épisodes névrotiques, dans les réactions exogènes aiguës, dans la schizophrénie, dans de nombreuses psychoses organiques. Il s'accompagne de troubles des idées et de l'activité.

Très importants sont les types de réactions exogènes aiguës, décrits par Bonhoeffer. Il s'agit de réactions non spécifiques à de nombreuses causes exogènes par rapport au psychisme, sinon par rapport au corps. Ces causes sont des affections corporelles, des lésions ou des traumatismes cérébraux, des intoxications. Le tableau comprend des signes de rupture des structures psychiques, des troubles de la conscience, des signes somatiques peu diffé-

rents de ceux de la réaction d'alarme, les symptômes de la maladie organique causale, avec parfois psycho-syndrome organique.

Ce dernier syndrome peut être aigu ou chronique. Il est la conséquence d'une atteinte cérébrale, d'abord réversible, puis, plus tard, fixée et évoluant vers la chronicité. Il comprend : *a*) un syndrome psychique : aigu (du type des réactions aiguës exogènes), ou chronique, avec troubles de l'attention, de la mémoire de fixation, diminution de la conscience, attitude concrète, bradypsychie, persévération, autisme, fabulation, réactions affectives ; *b*) un syndrome physique, spécifique ou non spécifique, assimilables à ceux du syndrome d'adaptation.

Ensuite est étudié le syndrome des troubles circonscrits. Il comprend des troubles non spécifiques des instincts et de l'humeur et se voit dans diverses affections du système nerveux central, du système neuro-endocrinien, dans certains troubles psychiques sans base organique apparente.

Enfin, dans le dernier chapitre, sont envisagées les relations entre eux des grands syndromes psychiatriques, des schémas étant employés pour l'exposé.

Cinquante observations cliniques sont rapportées au cours des différents chapitres.

L'ouvrage, qui contient de nombreuses références bibliographiques, se termine par un index onomastique et analytique.

V.-J. DURAND.

La tuberculose pulmonaire chez les malades mentaux (La tuberculosis pulmonar en los enfermos mentales), par Mario Pastor BALCAZAR, 1 brochure, 20 pages, Lima, 1955.

Dans ce travail, présenté à la Société péruvienne de phthisiologie, l'auteur rappelle quelques principes essentiels du traitement des malades mentaux bacillaires. Les conditions de dépistage, d'isolement, de cure, sont indiquées. L'application de la chlorpromazine et de la réserpine a facilité la thérapeutique de certains tuberculeux agités. La sismothérapie se montre également très utile. Les méthodes de traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire méritent d'être employées dans d'assez nombreux cas. Diverses remarques sont faites à propos des problèmes propres au Pérou. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La guérison, par Jacques SARANO, 1 volume, 128 pages, collection Que sais-je ? Presses universitaires de France, 1955.

La signification de la guérison en médecine n'est pas toujours facile à préciser. Il faut être très prudent en face de l'évolution de la thérapeutique et se tenir également éloigné d'un enthousiasme sans fondement et d'un scepticisme destructeur. Il est nécessaire d'envisager la guérison comme une nouvelle perspective sur l'homme et la maladie ; il faut « situer », hiérarchiser les thérapeutiques en fonction de la guérison. Celle-ci doit être considérée comme une valeur, l'homme guéri se trouvant enrichi, rehaussé, formant un être neuf. Très nombreux sont les types de guérison. Tous les degrés sont possibles entre guérison complète, partielle, invalidité,

guérison-crise, guérison en lysis, convalescence, rémission, séquelles. La définition de la guérison est particulièrement difficile : elle repose sur des critères subjectifs, objectifs et sociaux avec notion d'adaptation. La définition subjective est donnée par le malade lui-même ; la guérison est alors essentiellement la disparition de la souffrance. La définition objective lésionnelle est différente, la maladie pouvant toucher des organes sans que le sujet le sache. Il y a aussi une définition fonctionnelle : la lésion n'étant pas forcément la maladie. Il est intéressant de définir celle-ci par une souffrance actuelle ou prochaine. L'apaisement fonctionnel est un facteur décisif de la guérison, d'où l'utilité des sédatifs. En application des conceptions de Sélye, on peut dire que « la guérison qualifie en somme un plus grand pouvoir de résistance, d'adaptation, d'invention et de création, en face des difficultés de la vie ». Elle existe comme une valeur subjective et fonctionnelle. Il y a des facteurs externes de guérison. On peut mettre au premier plan de la pathologie, l'agression, la maladie d'organe. C'est une conception commode, qui a permis de grands progrès, mais elle est limitée. Les moyens techniques de diagnostic sont nombreux. La thérapeutique appliquée est celle de la médecine allopathique, thérapeutique d'organes ; des guérisons spectaculaires sont possibles avec la chimiothérapie, les antibiotiques, les hormones, les vitamines ; la chirurgie est le triomphe de cette méthode qui permet des succès nombreux, mais connaît des échecs. Il existe aussi des facteurs internes de guérison. Le terrain, avec ses éléments héréditaires, ses éléments acquis, permet d'étudier les variations, les défaillances de la défense naturelle, les modalités de syndrome d'alarme, l'allergie, les vaccinations, désensibilisation et chocs, l'homéopathie, les thérapeutiques fonctionnelles.

Très importantes sont les thérapeutiques psychiques. Elles sont variées : techniques de repos, allant du repos simple à la cure de sommeil ; techniques psychologiques : psychothérapie quotidienne du praticien, psychanalyse, narco-analyses, thérapeutiques de choc, psycho-chirurgie. Il faut bien connaître les interactions psycho-somatiques et savoir que la psychothérapie ne doit pas être réservée aux seules maladies mentales et nerveuses.

Les guérisseurs, par leur activité, posent de difficiles problèmes. Les procès qui leur sont faits sont souvent néfastes. Il faut bien connaître les sujets qui ont recours à eux : anxieux surtout, chroniques, incurables. Le mécanisme de la guérison repose essentiellement sur la suggestion thérapeutique. Quant au « don » des guérisseurs, il est du domaine de l'impondérable. Comme solution du problème des guérisseurs, l'auteur propose l'établissement d'un statut légal.

Les rapports entre guérison et miracle sont d'un abord difficile. L'objectivité de certains faits repose sur des contrôles sérieux. Leur analyse montre des éléments caractéristiques : existence de lésions organiques, guérison instantanée ou très rapide, réparation des lésions souvent incomplète. Le tout évolue dans une atmosphère de prière et de foi. Un miracle est doublement extra-scientifique : comme anomalie et par son rapport avec la foi religieuse.

Les progrès de la caractérologie sont susceptibles d'applications dans l'étude de la guérison. Il faut considérer, d'une part les différents caractères des médecins, et d'autre part ceux des malades. Les relations entre médecins et malades sont marquées par ces caractères, ainsi d'ailleurs que par l'action du milieu.

D'importants rapports s'établissent entre guérison et personnalité. Pour beaucoup de sujets, la guérison est indésirable ; elle est envisagée comme une agression. On connaît les résistances à la guérison, le refus de guérir, les maladies de la guérison. Les différents traitements, d'autre part, peuvent amener une atteinte de la personnalité du malade. Ainsi est posé le problème du changement ou de la permanence de la personnalité. Pratiquement, « le sentiment de sa responsabilité ne doit, ni paralyser l'initiative du médecin, ni lui ôter le sens de la mesure ».

En conclusion, l'auteur montre la nécessité d'une confiance mutuelle entre le médecin et son malade et la valeur de la générosité. Quelques exemples sont rapportés dans chaque chapitre. Des références bibliographiques complètent l'ouvrage.

V.-J. DURAND.

Le concept de la rencontre en psychiatrie (*Der Begriff der Begegnung in der Psychiatrie*), par W. v. BAEYER. (*Der Nervenarzt*, 26, 369, 1955).

A la suite des travaux bien connus de L. Binswanger, d'E. Minkowski et d'autres, le Hollandais van der Berg, en 1946, a publié une monographie sur l'importance de l'anthropologie phénoménologique ou existentielle en psychiatrie : il voit dans les manifestations psycho-pathologiques un aspect de la *rencontre interhumaine*, et pour lui, la psychiatrie est l'étude scientifique de cette rencontre. Quelques années plus tard, le psychothérapeute suisse Hans Trub écrit, dans « *Heilung aus der Begegnung* » (guérison par la rencontre), que la névrose représente la conséquence et l'expression d'une déviation particulière de la rencontre, et que sa guérison n'est pas autre chose que le rétablissement, dans le colloque singulier du médecin, des aptitudes sociales du malade. Ces diverses approches n'exprimaient qu'un aspect de la résonance plus générale qu'a trouvée, dans la psychiatrie germanique, l'évolution de la psychologie et de la philosophie contemporaines : l'être, avec, l'analyse de l'homme en situation, et, plus particulièrement, la remarquable analyse phénoménologique du regard, de la prise du regard par J.-P. Sartre, fournissent à une école allemande très active des bases intéressantes pour le renouvellement de certaines études psycho-pathologiques : c'est pourquoi nous donnerons une analyse un peu détaillée de cet article représentatif.

La relation avec autrui est multiple. Elle comprend certaines relations fonctionnelles (le conducteur et son client), qui n'engagent pas l'essentiel de l'homme. Dans la rencontre authentique, « l'être apparaît et exige que, par-delà toute activité fonctionnelle, il soit pris en considération pour lui-même » (*gewürdigt zu werden* : Guardini). La « communication essentielle » de K. Jaspers, la « rencontre aimante » de L. Binswanger, sont des formes exceptionnelles et parfaites de cette rencontre. Celle-ci, au sens anthropologique, n'a rien de figé dans des liens établis ; elle est toujours actuelle et vivante. Il faudrait également, à côté de la rencontre de notre semblable, mesurer la place qui revient à la rencontre des choses, du cosmos, nous imposant la puissante masse de sa présence et dont l'intérêt se manifeste, par exemple, dans le délire cosmique du paranoïde ; mais l'auteur se limite dans cette étude à la rencontre interhumaine.

Van den Berg a particulièrement étudié la phénoménologie de la rencontre chez le schizophrène (il est exceptionnel qu'il soit totalement muré dans

son autisme), sa manière de tendre les doigts, de se tenir à distance, sans retirer sa main tant que l'autre n'a pas mis fin à la salutation... Sur un autre plan, la rencontre du malade (surtout du paranoïde) peut être envisagée avec l'humanité défigurée par le délire et les hallucinations et avec les personnages irréels de son propre univers : le plus souvent, univers peuplé de personnages isolés, de groupes ou de puissances collectives ; plus rarement, univers extra-personnel de forces cosmiques et d'êtres métaphysiques. Le paranoïde ne s'intéresse ni à la pluie, ni au vent, mais toujours à ce même regard qui le poursuit dans la rue : il s'agit presque toujours de rencontres hostiles, mais aussi parfois de rencontres neutres, ou même réconfortantes ou flatteuses. Le sens originel de la rencontre est conservé, mais les caractéristiques en sont transformées. Le déficit comporte trois particularités :

1) La rencontre du paranoïde manque de réciprocité, d'échange interpersonnel : il se heurte à l'autre qui le regarde, le raille, l'injurie, l'influence, mais reste inaccessible. Ceci est très frappant pour les hallucinations sexuelles : elles ne sont constitutives d'aucune tendresse, d'aucune union portant à son paroxysme l'être-avec-autrui ; elles ne sont que pure excitation provenant d'un autre, qui a pris possession du malade mais sans être authentiquement présent. Le paranoïde ne sait plus le sens du « nous » (M. Buber) ; la relation est unilatérale, passive, subie. C'est pourquoi le délire du schizophrène ne peut être considéré comme une compensation d'une solitude intolérable, puisqu'il ne fait que cristalliser cette solitude ; il en est de même pour la diffusion de la pensée ou l'action magique à distance que revendiquent certains malades. Sans doute, faut-il néanmoins rappeler qu'après une certaine évolution le malade parle avec ses voix et que l'érotomane cherche passionnément une communauté interpersonnelle : mais la réorganisation secondaire de l'univers paranoïde ne contredit pas le fait premier de cette rencontre unilatérale, et l'érotomane représente un type réactionnel particulier.

2) Il faut remarquer ensuite la « pluralisation » progressive des persécuteurs : ce fut d'abord un seul personnage, appartenant au cercle familial, ou professionnel, ou au voisinage, mais c'est ensuite un groupe d'anonymes : le persécuteur perd son identité, sa personnalité, pour se perdre dans une puissance collective : les francs-maçons, les juifs ; l'individu n'est plus qu'un porte-parole du groupe. Ceci représente une deuxième étape dans la désintégration de la rencontre interpersonnelle.

3) On peut voir un troisième élément de désintégration dans le fait si fréquent que la relation avec l'autre s'établit pour le délirant de façon médiate, par interposition de moyens collectifs, tels que la presse ou la radiodiffusion : les voix ne conversent plus avec lui, mais sur lui... L'autre est non seulement tout-puissant et inaccessible, mais il est de plus en plus caché.

Ces considérations formelles, qui donnent un sens univoque à des symptômes divers, éclairent-elles le mécanisme de la psychose (le fait qu'elle existe) et le contenu de la psychose, qui est conditionné par toute l'histoire antérieure de la personnalité ? Si une dimension nouvelle s'ouvre à l'intelligence des psychoses, il faut reconnaître que l'énigme de son apparition, ni de « sa finalité », n'en est guère élucidée.

L'auteur confronte ces considérations avec d'autres recherches que l'ana-

lyse existentielle a entreprises en fonction de catégories très générales de situation spatiale (Daseins-ordnungen de Zutt) et de structures dont chaque existant abrite sa vie, ou de contenances où il affirme son moi.

Ce sont là des exemples de perspective anthropologique en psychiatrie, perspective qui se rattache toujours par quelque côté à l'être-au-monde du malade mental (L. Binswanger). Quels sont les avantages et les inconvénients de cette approche ? Elle n'enrichit en rien le diagnostic nosologique : si elle différencie le normal du pathologique, elle ne prétend pas pouvoir expliquer comment le pathologique se construit à partir des données existentielles ; et il n'y a pas concordance entre les types nosographiques et les catégories existentielles. Par contre, elle enrichit la compréhension psychopathologique, et permet de dépasser l'investigation purement objective du malade pour entrer dans les structures véritables du patient et engager un colloque authentique avec lui.

La perspective anthropologique éclaire également l'action thérapeutique des méthodes occupationnelles. Que se passe-t-il, en effet, quand un malade halluciné et agité est progressivement amené à s'habiller convenablement, à mettre sa chambre en ordre, puis à participer à la distribution de la nourriture, et que, parallèlement, il devient calme et se libère de sa psychose ? Aucune doctrine n'a pu l'expliquer jusqu'ici. Or, il semble qu'il faille invoquer le rétablissement d'une rencontre authentique entre le patient, d'une part, et le médecin, d'autre part, qui, inlassablement l'appelle, l'aide et le guide : d'où nouvelle relation avec le monde des choses, en particulier celui des instruments de travail... Cette rencontre inter-personnelle soustrait le malade à ses fausses rencontres hallucinatoires (qui n'atteignent jamais l'autre), qui perdent leur caractère pressant. La thérapeutique occupationnelle n'est donc pas un dressage : elle est avant tout le rétablissement d'une relation authentique et tout doit concourir à interrompre ou atténuer l'isolement du malade, que l'internement, la discrimination sociale, la solitude parmi les autres malades entourent de barrières infranchissables : c'est toujours la libération des chaînes dont Pinel ne fit tomber que les plus appa-
rentes.

Cet article, dont nous avons essayé de rendre l'esprit, montre avec beaucoup de mesure ce que l'on peut attendre en psychiatrie de l'analyse existentielle qui suscite tant d'intérêt : des cadres formels donnant un sens à des symptômes apparemment polymorphes, et permettant ainsi une approche plus pertinente et, si nous osons dire, plus percutante du malade mental, mais non pas une explication de la maladie mentale elle-même, qu'il faut chercher dans d'autres voies.

M. BERGOUIGNAN.

Les mécanismes cérébraux de la prise de conscience, par Paul CHAUCHARD.
Édition Masson, 1956, 1 vol. de 240 pages).

Nous connaissons tous le nombre et l'importance des travaux de Paul Chauchard. Ils se rapportent surtout à la neuro-physiologie et à la psychophysiology.

Dans son livre d'aujourd'hui, il associe ces deux disciplines en s'aventurant même dans les sentiers psychanalytiques, pour aborder un bien délicat problème : celui de la conscience ou plus exactement, par une voie un peu détournée, celui « de la prise de conscience ». La neuro-physiologie conduit

inmanquablement à cette préoccupation, chacun essayant de l'approcher avec sa personnalité propre.

L'auteur nous conduit pas à pas en des déductions de plus en plus serrées. Il envisage d'abord l'aspect élémentaire du fonctionnement cérébral et le problème du sommeil. Sommeil ou état de veille représente bien la forme primitive de la perte ou de la reprise de conscience. Selon les conceptions toutes récentes, il localise l'essentiel de cette fonction régulatrice dans la formation réticulaire : « L'architecture fluctuante des excitations et des inhibitions : neurodynamique pavlovienne ; variabilité des chronaxies nerveuses, « pattern » sherringtoniens. L'auto-régulation nerveuse corticale et la fonction régulatrice basilaire. Physiologie des comportements : automatismes des comportements innés et acquis. »

Dans une deuxième partie, P. Chauchard envisage les rapports de l'intégration cérébrale et de la prise de conscience. Cet ensemble est dénommé par lui : la neuroconscience. « Mécanismes nerveux de la prise de conscience (neuroconscience) : le conscient et l'inconscient dans l'écorce ; l'image du moi et l'attention ; refoulement ; surmoi, prise de conscience et guérison. La maîtrise du comportement : psychisme inférieur et bioconscience ; divers aspects de la conscience animale. Conscience humaine et langage : l'homme sans langage ; l'individualité cérébrale du mot ; le second système de signalisation ; verbalisation de la conscience. »

Il étudie d'abord la conscience du psychisme inférieur, la bioconscience et les divers aspects de la conscience animale. Il en arrive ainsi à la conscience supérieure, à celle de l'homme qui, se perfectionnant par le langage, a donné un autre mode de pensée et de conscience, qui a permis une incroyable transcendence. Mais on aurait cependant tort de vouloir lui faire dépasser le physiologique.

Développant la physiologie cérébrale du langage et envisageant la pensée humaine des déficients du langage, il lui apparaît que l'unification du spirituel et du matériel est réalisable.

C'est sur ces données qu'il aborde la physiopathologie de la conscience. « L'unité psychosomatique : l'équilibre cortico-basilaire ; l'irritation nerveuse ; somatopsychique et psychosomatique. Les degrés de détérioration de la conscience ; le point de vue neurosomatique ; névroses et psychoses. Thérapeutique et neurophysiologie : les médications neurologiques et psychologiques de la neuro-conscience ; conscience de la morale. »

Le chapitre consacré aux degrés de détérioration de la conscience intéresse tout particulièrement les psychiatres. L'auteur y écrit cette phrase qui situe, sinon clairement tout au moins expressivement sa pensée : « Quoi qu'il en soit, l'unité neurosomatique et psychosomatique exige une réforme profonde des études médicales centrées encore sur des spécialités séparées et où la psychophysiologie et la psychosomatique humaines ne sont étudiées que très accidentellement. Il est plus étrange qu'actuellement l'homme soit mieux connu après des études psychologiques siégeant curieusement à cheval entre les Facultés des lettres et des sciences où enseignent des médecins qu'après le passage par les Facultés de médecine. »

Il y aurait sans doute pas mal à dire sur cette phrase, on le sent d'autant mieux quand on prend connaissance des quelques pages que l'auteur consacre aux névroses et aux psychoses.

S'inspirant des conceptions de Stocker et peut-être « inconsciemment » de celles de Jackson, P. Chauchard considère les psychoses comme liées à de

graves perturbations de l'intégration cérébrale globale, sans grand retentissement psychosomatique (il néglige peut-être un peu trop dans ces psychoses la part inverse du somato-psychique). Ce retentissement psychosomatique apparaît en revanche, d'après lui, avec une suffisante clarté dans les névroses. « Ici, le conflit entre les rouages conscients et inconscients tend au refoulement physiologique des influx inconscients vers les viscères. » La chose est en effet aujourd'hui assez généralement admise. Le passage sur la « névrose toxique » provoquée par la bulbo-capnine surprend peut-être l'authentique médecin psychiatre.

On peut se demander aussi, et c'est peut-être le nœud du problème, par quelles voies ou quels intermédiaires, chimiques ou autres, la névrose « se transfère » aux organes. Ces quelques divergences d'opinions se retrouvent dans le chapitre consacré à la thérapeutique et à la neuro-physiologie.

L'auteur termine par une conclusion résolument matérialiste, certes, d'un matérialisme scientifique total, « mais qui reste accordé à toutes les thèses spiritualistes » et où la personne du spirituel est révélée par le degré d'organisation.

Sous ces quelques réserves, la lecture de ce livre est d'un grand intérêt. Elle montre bien en effet toute la différence entre l'être vivant et la machine cybernétique.

M. P. Chauchard, après bien d'autres, et avec une grande compétence scientifique, s'est attaqué courageusement à la recherche de la solution d'un rude problème. Je ne suis pas absolument sûr qu'il l'ait entièrement élucidée.

PAUL ABÉLY.

Vrais et faux possédés, par M. Jean LHERMITTE. (Librairie Arthème Fayard. Edition 1956, 170 pages).

M. le professeur Lhermitte aborde ce délicat sujet avec beaucoup de prudence et, dans son introduction, il écrit cette phrase « qu'on ne s'étonne donc pas de voir se réduire le nombre des soi-disant possessions démoniaques à mesure que la psychiatrie se fait plus compréhensive et plus pénétrante ».

Dans un premier chapitre, il aborde le problème des « vrais possédés démoniaques ». Se référant à la lecture des évangiles et spécialement des synoptiques, aux récits des miracles réalisés par le Christ, il cite l'opinion de Mgr Catherinet : « C'est à l'intersection de l'âme et du corps que les théologiens situent l'action du démon », et M. J. Lhermitte termine ce chapitre en écrivant : « Le médecin qui veut rester un homme complet ne peut donc exclure, *à priori*, la possibilité d'une étiologie transcendante dans la production de certaines psycho-névroses, dont la source naturelle ne se découvre pas au savant. »

Le deuxième chapitre, de beaucoup le plus important, est consacré aux divers aspects des pseudo-possessions diaboliques. Il étudie d'abord les formes paroxystiques : l'épilepsie, les psychonévroses et l'hystérie (cas de Marie-Thérèse Noblet, de sœur Jeanne-des-Anges, de Marthe Brossier, de Magdeleine de la Croix de Cordoue), les convulsionnaires (ceux du cimetière de Saint-Médard, du couvent des Ursulines de Loudun). Il en fait une étude critique et clinique et analyse la structure psycho-physiologique de la névrose hystérique. Il envisage aussi la forme lucide de la pseudo-possession diabolique (cas du R.P. Surin, du possédé laudateur Antoine Gay).

Dans un troisième chapitre, l'auteur étudie « Sorcellerie et possession diabolique » (possession volontaire, possession psychologique).

Au terme de ces très intéressantes pages, M. J. Lhermitte s'achemine vers des conclusions générales qu'il est plus sage de citer plutôt que d'interpréter : « Devons-nous tenir pour réelles les possessions diaboliques dont le Nouveau Testament nous offre tant d'exemples ; et s'il existe à n'en pas douter des pseudo-possessions démonopathiques, sommes-nous en mesure de les distinguer des premières ? Possédons-nous des critères qui permettent de ne point nous égarer ? » Dans une large mesure, on peut répondre par l'affirmative.

Lorsque, en effet, un délire de possession démonopathique se déroule, sous notre observation, selon les lois mêmes qui conditionnent un délire en tout semblable, sauf par la couleur ou le contenu ; qu'une même thérapeutique se montre capable de réduire aussi bien le premier que le second, comment ne pas se persuader qu'il s'agit d'un désordre dont la cause est à chercher moins dans la « surnature » que dans la nature elle-même altérée par un processus morbide ?

Si, à l'opposé, les phénomènes d'emprise apparaissent seulement à titre parasite ou s'accompagnent des qualités les plus élevées de l'esprit et du cœur, alors le médecin devra faire appel au théologien qualifié, à l'exorciste. Il n'est pas besoin d'ajouter que lorsque le sujet prétendu possédé appartient à une communauté religieuse ou à un ordre religieux, c'est à l'autorité hiérarchique que revient le premier examen, ainsi que la décision.

Enfin, une dernière question se pose pour le théoricien : le démon, lorsqu'il s'introduit dans l'âme et le corps d'un homme, peut-il révéler sa présence exclusivement par l'apparence d'une maladie mentale ? ou corporelle ? En d'autres termes, le médecin, lorsqu'il reconnaît, chez un patient, tous les éléments d'une maladie définie, est-il en droit de n'y voir que les effets d'un processus naturel, même lorsqu'une thérapeutique scientifique en assure la guérison ?

Paul ABÉLY.

Aspects de la psychiatrie moderne, par Jean DELAY. (*Les Presses universitaires de France*, 1956, 1 vol. de 115 pages).

Les Presses Universitaires de France ont eu l'heureuse idée de grouper en un seul volume trois des importants discours prononcés par le professeur Delay au cours de circonstances exceptionnelles.

Nous avons tous eu l'occasion de les connaître en leur temps et leur analyse n'est pas à envisager ici. Le premier de ces discours, dit « Discours aux étudiants », fut celui prononcé par Jean Delay le 22 mai 1947, lors de sa leçon inaugurale à la Faculté de médecine de Paris.

Le second fut le discours d'ouverture du premier congrès mondial de psychiatrie le 19 septembre 1950, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, présenté sous le titre d' « Aspects de la psychiatrie moderne ».

Le troisième, enfin, fut celui qu'il prononça à Liège le 25 juillet 1954, en sa qualité de président du 52^e congrès de neurologistes et psychiatres de langue française, sur le sujet suivant « Névrose et créations ».

Cet heureux regroupement, en un livre dont la lecture est à recommander, permet de suivre d'une façon particulièrement agréable l'évolution de la

pensée de M. Jean Delay en un intervalle de sept ans et de ses efforts vers une synthèse harmonieuse de la psychiatrie contemporaine.

Paul ABÉLY.

Manuel pratique de psychologie expérimentale, par Paul FRAISSE. (*Presses Universitaires de France*, 1956, 1 vol., 312 pages).

La méthode expérimentale peut être employée en psychiatrie animale, comme en psychiatrie pathologique ou sociale. Parmi bien d'autres méthodes, celle-ci unit ou complète les autres et, comme le dit l'auteur, « permet tout simplement la constitution de la psychologie en tant que science ».

Dans un avant-propos, M. Paul Fraisse définit donc et défend la méthode expérimentale en psychologie. Puis, en de nombreux chapitres, il nous initie à l'instrumentation, à la technique et à l'interprétation des résultats.

Chaque chapitre comporte la description d'expériences précises :

1. *Etude de la motricité et du travail* : la psycho-motricité (habileté motrice, travail musculaire, les niveaux d'effcience).

2. *Etude des réactions émotionnelles* (la réaction psycho-galvanique, les modifications respiratoires et circulatoires, les réactions de peur et de colère)

3. *Etude des processus sensoriels et des méthodes psychophysiques* (sensibilité tactile, kinesthésique, les couleurs, l'adaptation à l'obscurité (phénomène de Pulfrich), à la distance).

4. *Etude de la perception*, où l'on retrouve d'intéressantes données sur les illusions et leur mesure, sur la loi de constance des grandeurs et des formes, sur les jugements absolus.

5. *Etude sur « apprentissage et mémoire »*. On y prend connaissance d'intéressantes expériences, en particulier sur l'apprentissage par essais et erreurs (le labyrinthe), sur l'apprentissage et le transfert bilatéral (le dessin au miroir) ; sur l'apprentissage de la mémoire et les phénomènes d'inhibition.

6. *Etude sur le temps et le rythme* (les structures rythmiques).

7. *Etude sur « association et pensée »* [association libre, association et mémoire, résolution des problèmes (la flexibilité de la pensée)].

8. *Chapitre consacré à la personnalité* ; la suggestibilité, la résolution des conflits (le conflictographe).

9. Le dernier chapitre étudie la *psychologie sociale*.

L'auteur tente de déterminer l'influence des facteurs sociaux sur la perception et de montrer comment ils conduisent à des normes. On trouve aussi d'intéressantes documentations sur les rumeurs, la distance sociale, l'apprentissage en groupe, les relations interpersonnelles et la sociométrie.

A la fin de cette lecture, on apprécie quels magnifiques progrès a accomplis en un siècle environ cette méthode expérimentale en psychologie, la technique et l'instrumentation se rapprochent progressivement de la perfection.

C'est pourquoi la lecture de cet ouvrage est à recommander. A nous, psychiatres ! elle apporte de précieuses indications.

Paul ABÉLY.

La réadaptation professionnelle des lobotomisés, par Pierre TUBÉRY. Une plaquette de 78 pages. (*Thèse*, Toulouse, 1956).

L'auteur publie l'observation de 12 malades lobotomisés et suffisamment améliorés pour tenter de reprendre une activité professionnelle. Il s'agissait de psychoses hallucinatoires chroniques, de schizophrènes, de mélancoliques rebelles jusque-là à tout traitement, d'un cénestopathe, d'un épileptique caractériel, d'un névrosé obsessionnel.

Il aboutit à retenir quelques règles essentielles. Tout d'abord : les modalités extérieures de la réadaptation professionnelle des lobotomisés en général. Il faut que le plus important des symptômes morbides ait disparu ; que le sujet ait des compétences professionnelles antérieures à sa maladie ; qu'il soit l'objet d'une contrainte extérieure de réemploi (impératifs économiques familiaux ou milieu à conscience collective puissante). La syntonisation de ces trois conditions apparaît comme essentielle.

L'absence d'une profession antérieure est un lourd handicap auquel on peut remédier en forçant la malade à un apprentissage. Tout aussi utile est la contrainte extérieure. Si l'une de ces conditions ou les deux manquent, il faut envisager le placement dans un milieu de rééducation : soit communauté du travail en vase clos, soit liberté médicalement surveillée (tel le milieu rural dans les colonies familiales).

Beaucoup de ces lobotomisés peuvent bénéficier d'une psychothérapie complémentaire à l'intérieur de ces milieux. « Dans le cas où la guérison est stable et où le malade possède une personnalité assez riche, le psychothérapeute peut aider prudemment à cette prise de conscience et susciter des réactions basées sur les sentiments encore vivants chez le lobotomisé en vue de faire servir son travail à l'achèvement de sa personnalité. »

Nanti de toutes ces données, de toutes ces constatations cliniques et pratiques, l'auteur se préoccupe, dans une 3^e partie de son travail, des mobiles de l'activité professionnelle chez l'homme normal et chez le lobotomisé. Il s'aventure en quelques considérations politico-philosophiques ou mystiques, c'est-à-dire en la « philosophie du travail ».

Il en arrive à conclure que le lobotomisé réagit mal à tous ces stimulants un peu abstraits et qu'il ne faut pas lui demander plus qu'il ne peut donner.

Paul ABÉLY.

Crimes et délits au cours de la période prodromatique des maladies mentales, par Fernand LACOSTE. (Imprimerie M. Espic, Toulouse, 1956. 1 vol., 106 pages).

Il s'agit d'une thèse de doctorat en médecine faite dans le service du professeur Gayral.

Dans une première partie, l'auteur expose sa conception du développement progressif par paliers de la personnalité morale. Celle-ci peut être atteinte en premier par un processus évolutif, neurologique ou psychotique. On connaît, en effet, les perversions acquises de l'encéphalite léthargique, des traumatismes crâniens, des tumeurs cérébrales.

Dans une deuxième partie, F. Lacoste envisage la délinquance survenant à la période prodromique de la schizophrénie. Huit observations particulièrement typiques illustrent ce chapitre.

Puis il cite les cas de délinquance dans la période prodromique des démences, démence sénile en particulier. Enfin, il apporte divers exemples des réactions anti-sociales graves survenues à la phase prodromique du délire aigu, des états confusionnels, d'un accès maniaque, d'un délire systématisé, etc...

Analysant les facteurs habituels de ces réactions, souvent imprévisibles, l'auteur invoque les facteurs constitutionnels, les facteurs extrinsèques, les facteurs sociaux, etc...

F. Lacoste montre toutes les difficultés qu'apportent de tels cas dans l'expertise médico-légale. Il fait une critique très justifiée des méthodes archaïques qui accompagnent encore obligatoirement cette expertise. Conditions matérielles et scientifiques déplorables, mise en observation difficile, sinon impossible, encombrement des prisons, qui oblige le magistrat à presser l'expertise.

L'auteur souhaite la création d'établissements dits de défense sociale, où chaque inculpé serait soumis aux techniques modernes, de plus en plus étendues, propres à un examen psychiatrique intégral. Il soulève aussi le problème de la « responsabilité » tel que la commission le propose à l'expert, en des termes tels que, quelles que soient les conclusions, ni le médecin, ni le juge, ne sont entièrement satisfaits, ni la société utilement protégée. C'est ainsi que la conclusion de responsabilité atténuée (qui atténue automatiquement la sanction pénale), est une pure hérésie, car ce semi-aliéné est souvent beaucoup plus dangereux dans l'avenir qu'un sujet entièrement conscient et responsable.

La thèse de F. Lacoste illustre particulièrement cette dernière préoccupation, car ces « perversions prodromiques et acquises », telles qu'il les décrit, montrent combien le diagnostic en est difficile, nuancé, intuitif, combien il exige une connaissance approfondie de la psychiatrie et aussi une longue expérience.

Paul ABÉLY.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Exposé d'une famille souffrant de maladie de Friedreich, d'atrophie musculaire péronéale et de schizophrénie, par M. SHEPHERD. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 18, n° 4, novembre 1955, p. 297).

Dans une famille comprenant 72 membres, 17 hommes et 5 femmes ont été atteints de diverses formes d'ataxie hérédo-familiale. La forme et la sévérité du trouble neurologique étaient très variables. Du point de vue héréditaire, il s'agirait d'un gène dominant autosomale irrégulier. Les troubles mentaux ont été observés chez six membres de cette famille, qui descen-

daient d'un schizophrène. Certains ne présentaient aucun trouble neurologique. Ils étaient atteints d'états dépressifs. Deux d'entre eux sont morts dans les hôpitaux psychiatriques.

L. MARCHAND.

De la différenciation entre l'anxiété et la dépression d'après l'électrogramme active photiquement, par C. SHAGASS. (*The American Journal of psychiatry*, vol. 112, n° 1, juillet 1955, p. 41).

L'auteur a voulu déterminer si les modifications électro-encéphalographiques provoquées par la stimulation lumineuse intermittente pouvaient permettre de différencier divers états émotionnels. Il a examiné 134 malades mentaux et 29 sujets pris comme contrôle. Il les a soumis à différentes fréquences lumineuses. Les résultats sont nets chez les femmes. Ils sont plus accusés dans les états anxieux que dans la dépression. Les sujets pris comme contrôle et les schizophrènes paranoïdes constituent un groupe intermédiaire. Chez un sujet normal pris spécialement comme étude, les résultats sont labiles, ils varient suivant son état sentimental, suivant que celui-ci est anxieux ou déprimé. Ainsi, il est possible de différencier au moyen de la stimulation lumineuse l'anxiété de la dépression, et ces recherches suggèrent que ces états correspondent à des différences dans l'excitabilité cérébrale.

L. MARCHAND.

Facteurs émotionnels et psychologiques dans l'épilepsie-base physiologique, par W.-T. LIBERSON. (*The American Journal of Psychiatry*), vol. 112, n° 2, août 1955, p. 91).

L'auteur, dans sa revue générale, expose d'abord les caractéristiques de la décharge épileptique élémentaire, de sa propagation et de sa terminaison. La décharge est caractérisée par une activité synchronisée de haute amplitude se traduisant par des rythmes de fréquences différentes. Parmi les composants variés associés aux convulsions, les ondes de polarisation peuvent jouer un rôle important, à la fois pendant l'accès et la phase post-critique.

Le rhinencéphale a le seuil épileptique le plus bas. Les décharges électriques s'y manifestent par des organisations les plus compliquées. On peut y faire naître des ondes lentes, particulièrement dans la zone olfactive et la corne d'Ammon. Contrastant avec la complexité et l'intensité des corrélations électriques des décharges, on ne note chez l'animal que peu de symptômes cliniques relatifs à une activité motrice. La conscience est suspendue et on peut observer des troubles émotionnels. L'ablation expérimentale du rhinencéphale et sa stimulation chimique confirment son rôle dans les émotions.

L'excitation épileptogène d'une zone restreinte cérébrale peut produire des manifestations psychologiques par deux mécanismes différents : 1° par une obnubilation partielle de la conscience qui, en provoquant chez le malade une dissolution du moi, entraîne des réactions émotionnelles ; 2° en intéressant certaines régions spécifiques (en particulier le rhinencéphale) ; l'excitation épileptique détermine alors des troubles dans le comportement émotionnel.

Les stimuli émotionnels peuvent provoquer une convulsion, soit en créant un état général d'excitation avec formation d'acétylcholine ou d'insuline, soit en favorisant d'abord certaines causes excitantes qui créent des états épileptogènes dans les zones cérébrales qui participent au contrôle des émotions (épilepsie affectogène).

L. MARCHAND.

Répercussions médico-légales et juridiques des rapports entre travail et hygiène mentale (Riflessi medico legali e giuridici dei rapporti fra lavoro e igiene psichica), par Giorgio SACERDOTI (de Venise). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 4, n° 3, 1955, p. 288-295).

Après avoir montré les fondements biologiques de l'importance, pour la santé mentale de l'individu, des conditions de son travail, l'auteur reconnaît, dans les troubles de la « cénesthésie du travail », une affection médicale qui devrait avoir droit de cité en matière civile. Il analyse les motifs de l'intérêt croissant pour ces problèmes et pense qu'une organisation prophylactique convenable, en permettant de connaître la personnalité antérieure du sujet, donnerait la possibilité de poser correctement les questions médico-légales et juridiques correspondantes.

V.-J. DURAND.

Fonction de l'intelligence dans l'étiologie et la guérison des psychopathies (Funcion de la inteligencia en la etiología, y la curacion de las psicopatias), par Hernán VERGARA. (*Anales neuropsiquiatricos*, Bogota, 14^e année, vol. 9, n° 35-36, janvier-février 1955, p. 3-14).

Chez les névrotiques, l'activité intellectuelle est improductive, pour ce qui se rapporte à l'objet de leurs troubles (phobies, obsessions, etc...). Mais, il ne faut pas croire que la névrose vient de l'activité rationnelle ; les déviations dans le domaine intellectuel sont à l'origine des névroses. Le retour à une pensée réaliste, rationnelle, est indispensable pour la guérison. Aux méthodes de traitement psychanalytique, l'auteur préfère les psychothérapies s'appuyant sur l'intelligence. Cela est vrai, non seulement pour les névroses, mais aussi pour les psychoses considérées comme réfractaires à l'influence psychothérapique.

V.-J. DURAND.

Précisions sur la pathologie de la sensoperception (Precisiones sobre la patologia de la sensopercepcion), par R. BASSOLS et D. ABELLA. (*Anales de medicina*, Barcelone, vol. 41, n° 3, septembre 1955, p. 219-223).

Sa position intermédiaire entre les réalités objective et subjective fait de l'hallucination un phénomène complexe. Les auteurs précisent quelques-uns de ses caractères, indiquant les degrés variables de netteté, de corporéité des manifestations psycho-sensorielles. Ils indiquent leurs conditions d'apparition, dans un état de dégradation plus ou moins marqué de la conscience, se rapprochant par certains points de l'état de sommeil et de rêve. L'hallucination survient dans des situations où disparaît l'antinomie sujet-objet. La réalité se trouve écartée, tandis que la tendance à la

symbolisation se révèle particulièrement féconde. Les contenus intra-psychiques occupent la place du monde extérieur effacé.

V.-J. DURAND.

Ulcères et traumatismes. Chirurgie et psychanalyse, par H. LUCOTTE (de Mazagan). (*Maroc médical*, 34^e année, n° 360, mai 1955, p. 624-629).

L'auteur reprend l'étude des mécanismes psychologiques de l'ulcère d'estomac, traçant le portrait de l'ulcéreux, décrivant les modalités de ses réactions en face des problèmes vitaux. La traumatologie, dans une conception psycho-somatique, apparaît très proche de la psychanalyse. Les données récemment acquises grâce aux travaux de Sélye, Reilly et Laborit, permettent de faire collaborer la psychanalyse et la chirurgie. Un profond remaniement des doctrines médicales est en train de s'accomplir. Ses conséquences dans le domaine de la thérapeutique peuvent être immenses.

V.-J. DURAND.

La sélection et l'orientation professionnelles dans la prévention des accidents du travail (La selezione e l'orientamento professionale nella prevenzione degli infortuni nel lavoro), par Fr. A. GEMELLI, O.F.M. (*Rivista internazionale di scienze sociali*, 63^e année, fasc. 2, mars-avril 1955, p. 97-114).

C'est un difficile problème que celui de la prévention des accidents du travail par la sélection et l'orientation professionnelles. On connaît les travaux sur la notion de prédisposition aux accidents, basés sur une analyse statistique, ainsi que les discussions qui se sont produites à ce sujet. Il est nécessaire d'avoir recours à des méthodes cliniques pour l'étude de l'accident. L'auteur envisage la question d'éventuelles déficiences fonctionnelles comme causes premières de l'accident, puis il fait l'analyse psychiatrique de l'accidenté. La sélection apparaît un moyen de sécurité, du domaine de la société. Cette sélection s'impose pour les professions qui nécessitent un apprentissage spécial chez des sujets dotés d'aptitudes requises. Pour les métiers non spécialisés, il faut veiller à créer de bonnes conditions matérielles et morales de travail, en particulier, lutter contre la monotonie de la tâche, permettre d'établir des relations humaines favorables.

V.-J. DURAND.

Etude psychologique des facteurs humains de la productivité (Estudio psicologico de los factores humanos de la productividad), par Miguel SIGUÁN (de Madrid). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 9, n° 32, septembre-décembre 1954, p. 519-557).

S'appuyant sur les données d'une enquête faite parmi le personnel de maîtrise d'une entreprise industrielle espagnole, l'auteur fait une étude des facteurs humains intervenant dans la productivité. Il envisage d'abord les bases de la morale industrielle, mettant en relief le rôle joué par la reconnaissance de l'effort personnel. Cette reconnaissance peut être sanctionnée par une augmentation dans la rétribution, une promotion hiérarchique, des stimulants moraux personnels. Puis, sont considérés les importants pro-

blèmes de la durée, du rythme du travail, du travail nocturne, celui-ci étant souvent préjudiciable à différents points de vue. La rationalisation de l'industrie a pour conséquences des réactions psychologiques variées, mais ordinairement néfastes. Les principales sont une spécialisation trop étroite, une dégradation professionnelle, la limitation de l'autonomie, une claustration dans le cadre de l'atelier, une rupture des relations inter-individuelles qui deviennent impersonnelles. Il faut veiller à conserver un aspect humain aux entreprises modernes, à faciliter le dialogue entre les différents éléments de même organisme. La création de services sociaux d'entreprise ne peut qu'être bénéfique à cet égard.

V.-J. DURAND.

Rapports entre réaction d'arrêt et manifestations épileptiques paroxysmiques (Rapporti tra reazione d'arresto e manifestazioni epilettiche parossistiche), par P. BENASSI et G. M. CORSINO (de Bologne). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 79, fasc. 2, 30 juin 1955, p. 299-324).

Trois observations sont décrites, concernant des sujets, de 9 à 18 ans, chez lesquels la réaction d'arrêt détermine à la fermeture des yeux des manifestations épileptiques paroxystiques de la série pointe-onde et polypointe-onde. A propos de ces cas, les auteurs envisagent les mécanismes de synchronisation et de désynchronisation neurotoniques, les rapports entre substance réticulée du tronc et thalamus, appelant l'attention sur la valeur épiléptogène des conditions de synchronisation facilitée. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur les effets d'une potentialisation pharmacodynamique dans le diagnostic psychiatrique (Sugli effetti di un potenziamento farmacodinamico nella diagnostica psichiatrica), par P. BENASSI et R. CANESTRARI (de Bologne). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 79, fasc. 1, 31 mars 1955, p. 45-70).

Après un rappel des données de la littérature sur les effets pharmacodynamiques, psychologiques et thérapeutiques des dérivés de la benzédrine, les auteurs rapportent les protocoles de malades soumis au test de Murray, avant et après administration d'un produit amphétaminique. L'expérimentation a montré une stimulation de la productivité imaginative et de la validité des associations de la cohérence logique et formelle du contenu des réponses. La condition produite par le médicament crée une situation affective qui favorise les phénomènes projectifs. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

La toxicomanie par les dérivés phénylpropylaminiques (La tossicomania da derivati fenilpropilaminici), par L. CORNI (de Modène). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 79, fasc. 1, 31 mars 1955, p. 71-100).

L'auteur fait une revue de la littérature, à propos de deux cas de toxicomanie par dérivés phénylpropylaminiques ; la voie nasale par prise était adoptée en plus de la voie orale. Le tableau consécutif à l'abus de ces subs-

tances peut être considéré comme un syndrome psychosomatique d'abstinence, d'où l'indication de le considérer comme appartenant aux toxicomanies définies par l'organisation mondiale de la santé. Des considérations médico-légales sont également faites. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Episode schizophrénique à l'état naissant. Cas clinique et considérations méthodologiques (Episodio schizofrenico in statu nascendi. Caso clinico e considerazioni metodologiche), par Virginio PORTA (de Reggio Emilia). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 79, fasc. 1, 31 mars 1955, p. 7-44).

L'auteur rapporte de façon très détaillée l'observation d'une jeune malade dont l'évolution se fit vers la schizophrénie, comme l'avait montré le psycho-diagnostic de Rorschach, malgré des signes cliniques peu caractéristiques. L'analyse du cas permet de découvrir différents complexes que le test de Rorschach retrouva également. Plusieurs psychogrammes furent pris pendant le cours de la maladie.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude du gargoylisme. Maladie de Pfaundler Hurler (Contributo allo studio del gargoilismo. Malattia di Pfaundler-Hurler), par Piero BENASSI et Angelo DONELLI (de Reggio Emilia). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 79, fasc. 3, 30 septembre 1955, p. 559-593).

Les auteurs décrivent deux cas de gargoylisme (maladie de Pfaundler-Hurler), chez deux frères, l'un de 8 ans, l'autre de 18 mois, avec aspects cliniques et radiologiques caractéristiques. A propos de ces observations, est faite une revue générale de la question. Chez les malades présentés, les examens complémentaires donnèrent des résultats typiques. Une comparaison est faite avec les formes hypothyroïdiennes et hypophysaires et avec la dysostose enchondrale de Morquio. Les auteurs concluent en mettant en évidence l'état d'altération des métabolismes lipidiques, qui permet de rapprocher le gargoylisme des autres thésaurismoses, en particulier de la forme juvénile de l'idiotie amaurotique de Tay-Sachs. Il est possible de rapporter à un facteur commun unique des lésions anatomo-pathologiques si répandues et si disparates. Quatorze figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contribution au diagnostic des idées délirantes paranoïaques (Contribución al diagnóstico de las ideas delirantes paranoicas), par Vicente P. CABELLO. (*Acta neuropsiquiátrica argentina*, vol. 1, n° 3, avril 1955, p. 249-247).

L'auteur propose la définition suivante de l'idée délirante : « une conception absurde et contraire à la réalité, dont le caractère étrange est ignoré du malade qui est incapable de la rectifier et qui, par une symbiose de l'idée avec l'affection, s'identifie avec le moi qu'elle commande et dirige dans son incapacité à l'ambiance ». Un excellent moyen de connaissance des idées délirantes est d'étudier la conduite actuelle du sujet examiné, remplaçant l'interprétation rétrospective par l'observation sémiologique

directe. Il faut pratiquer des coupes transversales et longitudinales des symptômes pour mieux connaître le malade. Si les éléments de l'anamnèse sont insuffisants, il faut s'appuyer sur l'analyse du comportement. Celui-ci traduit le retentissement des idées délirantes sous-jacentes. Pour préciser les problèmes diagnostiques, l'auteur recommande trois procédés techniques : établir fermement un jugement de réalité ; rechercher l'évolution, la marche de la conduite délirante ; recourir à l'épreuve écrite de la rectification des idées délirantes. On sait combien peut être difficile la limitation et l'affirmation du caractère pathologique de signes paranoïaques, particulièrement dans le domaine médico-légal. Une grande prudence est nécessaire. « Le délirant n'est pas autre chose qu'un homme en conflit avec la société, de laquelle il espère compréhension et justice, avec la différence que les biens recherchés, en plus du fait de surgir de réalités internes maladivement conçues, attendent à l'ordre établi par cette société. »

V.-J. DURAND.

Les névroses, processus de rationalisation secondaire à une perturbation neuro-végétative (Las neurosis, proceso de racionalizacion secundario a una perturbacion neurovegetativa), par Isidro MAS DE AYALA (de Montevideo). (*Revista de psiquiatria y psicologia medica de Europa y America latinas*, 3^e année, vol. 2, n^o 2, avril 1955, p. 105-110).

Montrant d'abord l'intérêt de la thérapeutique des névroses par l'association de la chlorpromazine et du phénergan, rappelant les modifications électro-encéphalographiques favorables obtenues, l'auteur envisage le mécanisme des névroses. Le fondement causal et primitif est une altération du système réticulaire ascendant. Secondairement, comme un produit d'élaboration rationalisante, se forme la construction intellectuelle que présente le névrotique. Une situation réelle de conflit peut produire de l'anxiété. Les connexions cortico-thalamiques expliquent le retentissement de ce conflit qui trouble l'équilibre du système réticulaire et permettent de comprendre les succès obtenus parfois avec la psychothérapie dans certaines névroses.

V.-J. DURAND.

L'expérience médicale dans les limites de l'éthique, par Q. ROBINET (*Revue philosophique de la France et de l'étranger*, n^o 4-6, avril-juin 1955, p. 185-193).

Évoquant le procès des médecins allemands à Nuremberg, l'auteur étudie le problème moral posé par la question de l'expérimentation médicale. Il montre l'opposition entre deux conceptions : l'une critiquant la notion même d'expérience sur l'homme et lui refusant toute valeur morale. (C'est le point de vue du Dr Leibbrand, d'Erlangen) ; l'autre, l'autorisant sous certaines conditions, indiquées par le psychiatre américain Alexander. Celui-ci en distingue douze, limitant les possibilités de l'expérimentation. Les responsabilités du médecin sont particulièrement lourdes dans ce domaine. L'état ne peut pas lui imposer de contrevenir aux principes édictés par le serment d'Hippocrate.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale et son évolution dans le cours de la thérapeutique (Contribuição ao estudo do liquido cefalo-raqueano na paralisia geral e sua evolução no decurso da terapeutica), par Waldemar CARDOSO, Octavio LEMMI et João Baptista DOS REIS. (*Arquivos do departamento de assistência a psicopatas do estado de São-Paulo*, vol. 22, juillet-décembre 1954, n° 3-4, p. 5-138).

Les auteurs ont étudié chez 277 malades atteints de paralysie générale le liquide céphalo-rachidien au cours du traitement chimique et de la malaria-thérapie. Les éléments qui ont le mieux exprimé l'activité du processus furent la cytologie, le taux des protéines totales, la réaction du benjoin colloïdal et la réaction de Wassermann. En cas d'évolution favorable, on a successivement : progrès cytologique, amélioration des protéines totales, de la relation albumine-globulines et réactions des globulines, le benjoin colloïdal et le Wassermann. On peut observer des manifestations cliniques et humores de l'encéphalite psychosique azotémique aiguë de Marchand avec augmentation des chlorures, du glucose et de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien. Les réactions sanguines de la syphilis n'ont aucune valeur pratique pour l'appréciation des résultats thérapeutiques dans la paralysie générale. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contribution anatomo-clinique à la connaissance du syndrome confusionnel consécutif à la vaccinothérapie au cours de la brucellose (Contributo anatomoclinico alla conoscenza della sindrome amenziale conseguente a vaccinoterapia in corso di brucellosi), par Mario NISTRÌ (de Florence). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 4, 1955, p. 476-486).

L'auteur fait une étude anatomo-clinique complète d'un cas de syndrome confusionnel à évolution mortelle, apparu au cours d'une vaccinothérapie antimélitococcique. A l'aide des données de la littérature et de ses observations personnelles, l'auteur aborde le problème de la pathogénie de la confusion mentale, ainsi constatée. Il s'agirait d'une véritable création psychotique primitive chez un sujet ayant des antécédents dépressifs et confusionnels. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Psychisme et dystonie neuro-végétative, par Pierre-B. SCHNEIDER (de Lausanne). (*Médecine et hygiène*, Genève, n° 305, 30 septembre 1955, p. 368).

Sur 200 cas de dystonie observés à la polyclinique psychiatrique de Lausanne, P. A. Gloor avait noté la grande fréquence des troubles psychiques, névrotiques ou caractériels. Des mensurations soigneuses ont permis de décrire une constitution collective : grande taille, thorax aux dimensions réduites, face plutôt large et basse, cheveux et yeux assez clairs. L'hérédité psycho-pathologique est contingente. L'anamnèse personnelle montre l'importance des facteurs psychiques : milieu familial défavorable dans 4/5 des cas, troubles et conflits scolaires dans un tiers, inadaptation professionnelle pour la moitié. Il y a déviation du type caractériel dans 90 % des cas ; les

hommes sont surtout des psychasthéniques, des obsédés, des instables ; les femmes, des infantiles psychiques, ou des hystériques. Les évolutions psychogènes anormales sont fréquentes. Les facteurs constitutionnels physiques et psychiques sont étroitement intriqués. La dystonie précède souvent l'ulcère d'estomac, l'hypertension, l'hyperthyroïdie. Elle est rare dans la névrose d'angoisse et surtout chez les phobiques, en dehors des paroxysmes anxieux.

V.-J. DURAND.

La psychothérapie de groupe (A psicoterapia de grupo), par Gilberto de MACEDA (d'Alagoas). (*Neurobiologia*, Recife, t. 17, n° 1, mars 1954, p. 58-65).

La psychothérapie de groupe, d'après les conceptions de Slavson, est une technique spécialisée de grande valeur dans le traitement des troubles de la conduite humaine (conduite sociale, inadaptation, délinquance, etc...) et de la conduite organique (affections psycho-somatiques et psycho-sociales : maladies de groupe de Bion). C'est un important progrès en psychothérapie, permettant une approche plus rationnelle des manifestations psycho-pathologiques. Elle permet de tenir compte des forces psychologiques du groupe, celui-ci considéré comme une entité autonome.

V.-J. DURAND.

Sur les syndromes d'involution ou préséniles. Etude clinique et thérapeutique, par R. TARGOWLA (de Paris). (*Maroc médical*, 34^e année, n° 360, mai 1955, p. 638-641).

Après un rappel de quelques syndromes généraux d'involution, l'auteur s'attache plus spécialement aux affections mentales préséniles. Il étudie successivement certaines formes typiques, comme le syndrome de Cotard, le délire des préjugés préséniles de Krapelin et, surtout, la mélancolie d'involution. Il est possible de retrouver dans le passé du malade un autre épisode psychopathique, ce qui ne veut pas dire que l'affection soit à rattacher à la psychose maniaque-dépressive. Il faut connaître aussi l'intérêt de la neurasthénie présénile, apparaissant après une longue période prodromique, se traduisant par des phénomènes douloureux variés, de type fonctionnel, souvent associés à des processus arthosiques. Les tableaux cliniques observés sont parfois trompeurs. Le pronostic des états préséniles se montre toujours réservé. Si les premiers épisodes sont habituellement curables, il faut savoir combien fréquentes sont les rechutes, qui cèdent de moins en moins à la thérapeutique. Pour celle-ci, l'auteur montre la valeur du salicylate de soude, de l'iodure de sodium, des préparations iodo-salicylées, ou avec de l'hexaméthylène-tétramine par voie intraveineuse. Des sédatifs à doses réfractées ou des médications phosphorées ou arsenicales sont très utiles. Il faut associer parfois des traitements hépatiques, cardiaques, etc..., des hormones diverses. L'électro-choc, quelquefois indispensable pour la sédation de certains états mélancoliques ou délirants, doit être employé avec prudence, pour éviter une accentuation de l'affaiblissement intellectuel. La méthode de Filatov peut être utile. La psychothérapie, le maintien d'une activité professionnelle suffisante sont indispensables.

V.-J. DURAND.

Quelques notes sur l'hypochlorurémie et sur les troubles psychiques correspondants (Alcuni cenni sulla ipocloruremia e sui disturbi psichici ad essa congiunti), par Alfredo FERRARO (de Naples). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 4, 1955, p. 510-514).

L'hypochlorurémie peut déterminer, non seulement des troubles gastro-intestinaux, mais aussi des modifications du système nerveux : céphalées, vertiges, tremblement, hyperréflexivité, hyperhydrose, nervosisme, appréhension, inquiétude, insomnie, asthénie, dépression, anxiété, altérations de la personnalité. Pour reconnaître la nature exacte de ces symptômes et préciser leur étiologie, il est nécessaire de rechercher le taux hématique des chlorures, afin de pouvoir prescrire le traitement convenable.

V.-J. DURAND.

Association de myoclonies et de syndrome schizophrénique (Associazione di mioclonie e sindrome schizofrenica), par Mario MORENO et Angelo PASETTI. (*Infanzia anormale*, fasc. 13, juillet-octobre 1955, p. 381-387).

Les auteurs présentent un cas d'association d'un syndrome schizophrénique et de crises myocloniques, chez un garçon de 16 ans. Les signes myocloniques avaient débuté vers la dixième année ; les premiers signes de schizophrénie apparurent un an plus tard. L'évolution se fit ensuite vers la forme hétérocatatonique. Cette observation montre la difficulté de distinguer la schizophrénie infantile de divers tableaux cliniques d'allure schizophrénique liés à des affections organiques cérébrales : épilepsie, maladies dégénératives de l'encéphale, chorée, tumeurs du III^e ventricule.

V.-J. DURAND.

Sur les résonances de la philosophie de la nature en biologie moderne et contemporaine, par Marc KLEIN (de Strasbourg). (*Revue philosophique de la France et de l'étranger*, octobre-décembre 1954, n° 10-12, p. 514-543).

A propos de la publication de la traduction française du livre de K. Goldstein : « Der Aufbau der Organismus », l'auteur montre que le but de l'ouvrage était d'abord la biologie générale à partir de l'homme à l'aide de l'étude de la pathologie. Evoquant la naissance de la notion de biologie au début du XIX^e siècle, avec Lamarck et G. R. Treviranus, il insiste sur l'influence importante de Goethe sur l'évolution de la biologie à la phase romantique de la philosophie de la nature. Claude Bernard, lui-même, qui écrivait « la vie est un contact entre l'organisme et le monde extérieur ; que l'on supprime l'une ou l'autre de ces deux conditions, la vie cesse », montre avoir reconnu que la vie résulte des relations organisme-milieu, idée introduite par les naturalistes de l'époque romantique et qui le rattache aux idéologues et vitalistes français. La notion de conflit entre organisme et milieu se retrouve également chez Goldstein, qui subit l'influence lointaine de Goethe et des philosophes de la nature.

V.-J. DURAND.

Etude sur le jugement moral. Application du test de Tsedek à 1000 sujets normaux et asociaux (Studio sul giudizio morale. Applicazione del test Tsedek su 1.000 soggetti normale e dissociali), par G. G. GIORDANO, E. BUONDONNO et I. GENERALI (de Naples). (*L'Ospedale psichiatrico*, 23^e année, fasc. 1, janvier-mars 1955, p. 1-58).

Les auteurs font un exposé critique des conditions d'élaboration du test de Tsedek. Ils envisagent ensuite, après description de l'épreuve, l'application de celle-ci pendant l'âge évolutif. Ils ont examiné dans ce but mille enfants, de 10 à 15 ans, normaux et asociaux. Ils concluent que le Tsedek est un test de la capacité de discernement moral ; il ne permet pas de prévoir quelle sera la conduite du sujet examiné. A l'âge des enfants interrogés se fait le passage de la phase hétéronome à la phase autonome. Chez les asociaux, s'observe une dissociation entre le discernement moral et le comportement réel. L'emploi collectif du test est très utile. Des applications sont possibles, soit pour approfondir la connaissance de la personnalité, soit dans le domaine de la criminologie. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Résultats d'une enquête médicale et génétique dans une population d'aveugles faibles d'esprit, par M. JÉQUIER et R. DUFOUR (de Lausanne). (*Bulletin der schweizerischer Akademie der medizinischen Wissenschaften*, vol. 11, fasc. 4-5, octobre 1955, p. 363-378).

Une enquête médicale et génétique a été effectuée chez 85 aveugles oligophrènes. Certains points sont à souligner : fréquence de syndrome de Sjögren (cataracte et oligophrénie) ; microphthalmie familiale avec débilité mentale (une famille à hérédité récessive liée au sexe), hydrophthalmie congénitale familiale et son association avec l'oligophrénie, le glaucome infantile et la myopie, cas de dégénérescence pigmentaire de la rétine avec anomalies oculaires multiples, lésions du nerf optique et des voies visuelles centrales dues souvent à des traumatismes obstétricaux et à des encéphalopathies infantiles.

V.-J. DURAND.

Aux frontières du délire. La rêverie morbide, par J. DELAY, J. F. BUISSON et R. SADOUN. (*L'Encéphale*, t. 44, n° 4, 1955, p. 336-349).

Les auteurs rapportent une intéressante observation concernant une malade de 58 ans, présentant depuis de longues années un état mental atypique avec apragmatisme, et surtout rêveries morbides aux thèmes multiples, mais surtout érotiques. La malade vit en pensée des aventures imaginaires, qui jalonnent des voyages à travers les continents, puis sur différentes planètes et enfin jusqu'à Sirius et son satellite. Il n'y a ni délire, ni conviction. Le caractère de compensation est important. Discutant la place nosologique de ces phénomènes, les auteurs pensent à une rêverie morbide sur terrain névropathique, surtout hystérique. Il n'y a pas de signes de schizophrénie ou de paraphrénie.

V.-J. DURAND.

Valeur médico-légale des syndromes mentaux (Valor medico-legal de los sindromes mentales), par Raimundo BOSCH (de Rosario). (*Arquivos do manicômio judiciario do Rio-de-Janeiro*, XIII^e-XIV^e années, 1^{er} et 2^e semestres 1944-1950, n^{os} 1 à 14, p. 71-87).

Montrant la difficulté de la tâche, l'auteur envisage successivement les problèmes posés par la valeur médico-légale des actes survenant au cours de différents syndromes mentaux : oligophrénies, névroses, psychoses, démences, personnalités psychopathiques. En ce qui concerne ces dernières, ce serait une erreur, pour l'auteur, de créer la notion de semi-aliénation.

V.-J. DURAND.

Troubles psychiques dans l'hypertension artérielle (Distorbios psiquicos na hipertensão arterial), par Heitor CARRILHO. (*Arquivos do manicômio judiciario do Rio-de-Janeiro*, XIII^e-XIV^e années, 1^{er} et 2^e semestres 1944-1950, n^{os} 1 à 14, p. 61-70).

Des arguments d'ordre statistique, expérimental, psychique, psychanalytique, clinique, montrent l'importance du problème psychologique de l'hypertension artérielle. L'auteur envisage ensuite les relations entre cette dernière et la constitution du malade, puis les questions des névroses hypertensives, des psychoses hypertensives, les rapports entre hypertension et psychoses. Toutes ces notions sont en plein remaniement actuellement, à cause du développement de la médecine psycho-somatique.

V.-J. DURAND.

L'alcoolisme, un problème social (prophylaxie et traitement) (O alcoolismo, um problema social (profilaxia e tratamento)], par Gecel LUZER SZTERLING. (*Arquivos do departamento de Assistência a psicopatas do estado de São Paulo*, vol. 20, juillet-décembre 1954, n^o 3-4, p. 191-210).

Définissant l'alcoolisme, suivant les recommandations du sous-comité de l'organisation mondiale de la santé, l'auteur en rappelle les stades évolutifs. Puis il cherche à préciser les causes essentielles de l'intoxication et de l'habitude alcooliques, avant d'indiquer les conséquences funestes de l'absorption immodérée d'alcool. A ce propos, il donne quelques indications relatives à l'importance du fléau au Brésil. Enfin, il montre quels doivent être les traitements à employer, et surtout quelle doit être la prophylaxie, tâche certes difficile et de longue haleine. Mais, comme l'a écrit l'auteur : « La récupération d'un alcoolique coûte bien moins que le montant des dommages causés par lui à la société. » Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'examen électro-encéphalographique dans le diagnostic des affections vasculaires cérébrales et méningées (L'esame elettroencefalografico nella diagnosi delle affezioni vascolari cerebrali e meningee), par Alfredo ROVALTA et Arrigo MIGLIORE (de Turin). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 3, mai-juin 1955, p. 373-400).

Les auteurs examinent les signes électro-encéphalographiques qui caractérisent certaines des plus fréquentes maladies vasculaires de l'encéphale :

lésions vasculaires cérébrales en foyer, thrombose de la carotide, hématome chronique subdural, hémorragie sous-arachnoïdienne, malformation. L'électro-encéphalographie semble particulièrement utile dans le diagnostic des lésions vasculaires cérébrales en foyer et des thromboses de la carotide. Au contraire, les signes électro-encéphalographiques ne sont pas caractéristiques dans les autres affections examinées. Les auteurs envisagent, enfin, le mécanisme physio-pathogénique qui conditionne les modifications de l'activité bio-électrique dans les troubles vasculaires cérébraux. Six figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'oligophrénie phénylpyruvique. Note 1 : Fréquence de la maladie en Italie. Données génétiques, cliniques et électro-encéphalographiques (Le frenastenia fenilpiruvica. Nota 1. Frequenza della malattia in Italia. Rilievi genetici, clinici ed elettroencefalografici), par G. FASANARO et O. SEPE (de Naples). (*Acta neurologica*, Naples, 10^e année, n° 1, janvier-février 1955, p. 1-10).

Sur 8.344 oligophrènes italiens, la réaction de Fölling a été présente dans 22 cas seulement (2,6 %). Ceci montre la rareté, en Italie, de l'oligophrénie phénylpyruvique, contrairement à l'opinion de Jervis qui, aux Etats-Unis, signalait un pourcentage élevé chez des sujets d'origine italienne. Des études génétiques semblent montrer la rareté du gène responsable de la maladie. Les auteurs indiquent la fréquence relative des diverses manifestations cliniques dans les cas considérés. Au point de vue électro-encéphalographique, on peut noter que les altérations bio-électriques, d'ailleurs toujours très modérées, sont trop banales, rappelant celles des autres arriérations, pour avoir une valeur diagnostique en faveur de l'oligophrénie phénylpyruvique.

V.-J. DURAND.

Etudes sur l'oligophrénie phénylpyruvique. Note 2. Effets de l'administration expérimentale de hautes doses de phénylalanine et de quelques dérivés sur le développement psychique des chats. (Studi sulla frenastenia fenilpiruvica. Nota 2. Effetti della somministrazione sperimentale di alte dosi di fenil-alanina e di alcuni derivati sullo sviluppo psichico di gattini), par G. FASANARO et S. PIRO (de Naples). (*Acta neurologica*, Naples, 10^e année, n° 2, mars-avril 1955, p. 89-95).

L'administration prolongée à de petits chats à peine sevrés de hautes doses de phénylalanine et de ses dérivés métaboliques anormaux (acide phénylpyruvique, acide phényllactique, acide phénylacétique) n'a pas donné de phénomène toxique sur le système nerveux, ni de retard dans le développement physique et psychique. Donc, les altérations du système nerveux ne seraient pas dues à la présence de ces dérivés anormaux. Le problème du rapport entre trouble métabolique et lésions nerveuses de l'oligophrénie phénylpyruvique demeure posé. Les différentes théories pathogéniques ne donnent pas une explication suffisante.

V.-J. DURAND.

L'oligophrénie phénylpyruvique. Note 3. Métabolisme des amino-acides (La frenastenia fenilpiruvica : nota 3 ; metabolismo degli aminoacidi), par G. FASANARO et F. PARIANTE (de Naples). (*Acta neurologica*, Naples, 10^e année, n° 3, mai-juin 1955, p. 181-186).

Les auteurs ont retrouvé dans l'oligophrénie phénylpyruvique la présence d'acide phénylpyruvique dans le sang, l'augmentation de la phénylalanine et la diminution de la thyroxine dans les urines. Des traces d'acide phényllactique se voient seulement dans les urines et non dans le sang. A côté de ces données, qui sont l'expression de l'altération métabolique de la phénylalanine, on a trouvé une augmentation de l'élimination urinaire d'autres amino-acides : glycine, alanine, acide aspartique, sérine, leucine, acide glutamique et valine.

V.-J. DURAND.

Clinique et physiopathologie des pointes-ondes (Clinica e fisiopatologia delle punte-onde), par Hrayr TERZIAN et Corrado CECOTTO (de Padoue). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 3, mai-juin 1955, p. 401-479).

De l'étude clinique et électro-encéphalographique de 400 épileptiques soigneusement sélectionnés présentant des tableaux bien définis de pointes-ondes, les auteurs distinguent cinq variétés de tels grapho-éléments : rapides, à 3 par seconde, lentes, focales, dégradées et fausses. Ils décrivent pour chaque variété les caractéristiques les plus importantes (morphologie, distribution spatiale, réactivité, etc...), précisent les formes cliniques dans lesquelles elles se voient le plus souvent et envisagent les bases neuro-physiologiques. Grâce à une corrélation clinique précise, ils discutent les termes de « petit mal », « petit mal variant », « focal petit mal discharges », des auteurs américains, s'appuyant surtout sur les concepts de « petit mal quartette » de Lennox et de « petit mal variant epilepsy » des Gibbs. Enfin, est discuté le problème de la myoclonie épileptique. Seize figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Septico-pyohémie à staphylocoques et psychose, par René PION. (*Laval médical*, Québec, vol. 20, n° 1, janvier 1955, extrait de 8 pages).

Un malade présente une septico-pyohémie à staphylocoques, après fracture de jambe. Des troubles mentaux apparaissent, de type confuso-onirique. Le traitement par la pénicilline et la streptomycine se montre inefficace. Il faut utiliser l'auréomycine et l'érythromycine pour obtenir la guérison des signes infectieux. L'état mental ne s'améliore que partiellement, mais l'enquête apprend que le malade présentait déjà des symptômes psychiques avant la fracture.

V.-J. DURAND.

Personnalité et ambiance (Personalidade e ambiente), par J. SEABRA DINIS (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 51, n° 5, décembre 1953, p. 60-81).

Le problème des rapports entre personnalité et ambiance est très complexe. Il ne faut pas oublier, qu'entre l'homme et le milieu, existe une constante

interaction évolutive, par laquelle l'individu crée sa personnalité, qui réfléchit toujours plus complètement les aspects du milieu et de l'homme lui-même. L'ambiance joue un rôle considérable, qu'il s'agisse de l'ambiance physique ou de l'ambiance sociale. Le psychiatre ne doit pas se limiter à vouloir démonter et remonter la personnalité de chacun comme un simple mécanisme d'horlogerie, pour atténuer les conflits intérieurs. Il ne peut pas oublier les liaisons avec le monde. Il serait nuisible de réduire l'action de la psychiatrie à une adaptation au milieu, à une sorte d'orthopédie mentale. Mais il est évidemment souvent difficile d'agir sur l'ambiance. Il est au moins nécessaire de bien mettre en relief le processus par lequel la société se montre préjudiciable à la santé des individus en empêchant ou en limitant l'évolution naturelle de leur personnalité.

V.-J. DURAND.

Logos et existence en psychothérapie (Logos y existencia en psicoterapia), par Viktor E. FRANKL (de Vienne). (*Revista de psiquiatria y psicologia medica de Europa y America latinas*, t. 2, n° 2, avril-juin 1955, p. 153-162).

L'auteur montre la nécessité de considérer les problèmes métaphysiques posés souvent par le malade. Il faut dépasser le pathologisme et le psychologisme, qui amènent le médecin à négliger la dimension spirituelle de l'homme au détriment de l'efficacité thérapeutique, comme fait objectivable, indépendant du pur psychisme. C'est l'appui de la volonté de sentir, tendance spécifiquement humaine, qui vise à obtenir l'authenticité existentielle de la vie. Cette volonté est susceptible de frustration, ce qui entraîne une névrose noogénétique ou existentielle. Environ 12 % des névroses sont de ce type. La logothérapie a pour but, à travers l'analyse existentielle, de rechercher et de réaliser le sens de la vie. C'est le traitement spécifique de la névrose existentielle. Trois moyens sont possibles : par la réalisation de valeurs de créativité, par celle de valeurs vivantielles et, enfin, en cas d'obstacle insurmontable, par celle de valeurs de renoncement et de sacrifice. Dans ce dernier cas, le rôle du médecin est de conduire le malade à accepter son infirmité. La logothérapie ne prétend pas remplacer la psychothérapie, mais la compléter. Dans la sphère des valeurs, la religiosité, quoique souvent latente, occupe une place de premier plan. Une conception authentique de la religion doit dépasser les idées émises par Freud et Jung. Il faut combattre le biologisme et le psychologisme, comme fondements d'une doctrine qui, jugeant l'homme à la mesure de son utilité et non de sa dignité, conduit à une philosophie nihiliste.

V.-J. DURAND.

Psychoses et réactions cycloïdes (Cycloid psychosis and reactions), par Pedro POLÓNIO. (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 5, n° 5, décembre 1953, p. 43-53).

L'analyse constitutionnelle de cent psychoses cycloïdes comparées à des psychoses maniaques-dépressives et à des schizophrénies, montre qu'elles ont une structure semblable à celle de la schizophrénie périodique. Les groupes paranoïdes et incohérents sont semblables entre eux. Les différences observées sont les mêmes qu'entre schizophrénies paranoïde et hétéro-

catatonique. La similitude constitutionnelle se retrouve également dans quelques-uns des symptômes de base des deux groupes. Dans la psychose paranoïde, il y a augmentation relative de la constitution pycnique, facteurs psychogènes, apparition tardive ; dans la psychose incohérente, on note une prédominance chez les femmes, une constitution leptosome, des facteurs exogènes, une apparition aiguë chez des malades jeunes. Les psychoses cycloïdes doivent être considérées plus comme des types de réaction que comme des entités nosologiques.

V.-J. DURAND.

Psychophysiologie d'un rêve : déductions sur la physiopathogénie des vertiges et paresthésies des extrémités de nature névrotique (Psicofisiologia de um sonho : deduções sobre a fisiopatogenia das vertigens e parestesias de extremidades de natureza neurótica), par José A. GAIARSA (de São-Paulo). (*Revista de psicologia normal e patologica*, São-Paulo, 1^{re} année, n° 1, janvier-mars 1955, p. 116-126).

L'auteur étudie un rêve en montrant surtout les processus proprioceptifs en jeu et la relation entre ceux-ci (attitudes corporelles) et les processus caractérologiques (attitude mentale) correspondants. Il propose une explication des paresthésies psycho-somatiques des membres supérieurs, provoquées par la compression du plexus brachial dans la masse des muscles scalènes. La contraction tonique de ces muscles serait un des éléments de l'attitude corporelle de l'orgueilleux. D'autre part, l'auteur envisage la pathogénie des vertiges névrotiques qui viennent de la coexistence, à intensité égale, d'une attitude habituelle et d'une autre attitude liée à l'expression naturelle des sentiments (amour, haine, peur, tristesse), toutes deux exprimées dans la contraction ou le relâchement des mêmes muscles avec, comme conséquence, une confusion dans l'orientation spatiale. Il y a, en effet, discordance dans les systèmes tonigènes opposés à la pesanteur.

V.-J. DURAND.

Symbole et perception du monde (Symbol und Welterfassung), par Igor A. CARUSO (de Vienne). (*Revista de psicologia normal e patologica*, São-Paulo, 1^{re} année, n° 1, janvier-mars 1955, p. 103-115).

L'auteur étudie la perception, en la considérant comme un processus sélectif et non comme une reproduction photographique fidèle de l'objet. Chaque individu possède ses schémas fondamentaux innés, qui deviennent actifs ou peuvent rester à l'état potentiel. Ils dépendent des stimulations situationnelles ou de l'état du développement. La perception est un produit du processus égocipète et égocifuge, donc d'une introjection et d'une projection. La perception est un symbole plus ou moins adéquat au monde extérieur. Quand il est plus adéquat, on parle de perception correcte ; quand il l'est moins, c'est une illusion ; et encore moins, une hallucination. La perception est une expérience qui embrasse le monde et le domine. C'est également une fixation, une limitation, l'unique moyen de connaître le monde objectif. A chaque étape du développement, un moyen, cette clé de la connaissance change ; nous créons alors de nouveaux symboles. L'homme qui rêve, le schizophrène et un réaliste naïf croient que leurs propres symboles créés

pour leur propre projection sont des objets véritables et complets. Il faut considérer le symbole comme un point de rencontre de l'organisation d'un sujet qui perçoit et de la structure de l'objet perçu. Ainsi peut disparaître le problème de l'existence réelle des objets perçus. Les symboles peuvent être plus ou moins subjectifs, mais c'est à peine une question de degrés. Quelques exemples sont cités sur les rapports entre perception et symbole.

V.-J. DURAND.

Santé publique et relations humaines (Saude publica e relaçoës humanas), par Gilberto DE MACÊDO. (*Neurobiologia*, Recife, t. 17, n° 2, juin 1954, p. 141-144).

La santé publique a acquis une nouvelle dimension avec l'introduction de l'étude des relations humaines dans son domaine spéculatif. Les problèmes de la médecine préventive peuvent être aujourd'hui résolus plus efficacement en appréciant la dynamique des relations humaines. Cela est dû surtout à la contribution des psychiatres et psychologues sociaux, préoccupés avec les mécanismes de la conduite et du bien-être humain. L'utilisation des données fournies pour cette nouvelle variété d'approche permet l'établissement d'une véritable conscience sanitaire dans la population, condition indispensable à l'œuvre de la santé publique.

V.-J. DURAND.

Psychopathologie de l'auto-mutilation (Psicopatologia della auto-mutilazione), par Giacomo MOSSA et Giorgio CODA (de Turin). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 3, 1955, p. 311-332).

L'étude de divers cas d'auto-mutilation, au point de vue psycho-pathologique, permet aux auteurs de faire la critique de quelques conceptions psychanalytiques sur le sentiment de culpabilité, sur l'inconscient collectif ou ancestral, sur l'équivalent de suicide et surtout sur l'insuffisance de toute doctrine qui cantonne l'étiologie et la pathogénie au domaine de la psychogénie. Si, dans l'étiologie, un traumatisme psychique peut avoir une grande importance, quand il s'agit de pathogénie, celle-ci est complètement organique. Les symptômes morbides ne sont qu'une conséquence de la fonction organique perturbée. La psychopathologie ne peut plus se désintéresser de la psychanalyse, qui a beaucoup contribué à la nouvelle conception de l'instinct, mais notre tradition culturelle, selon l'opinion des auteurs, demeurera toujours assez méfiante à l'égard de certaines explications psychanalytiques. Deux figures.

V.-J. DURAND.

Essai de psychologie et de psychologie husserliennes (Ensaio de psicologia e psicopatologia husserlianas), par Elso ARRUDA. (*Neurobiologia*, Recife, t. 17, n° 1, mars 1954, p. 31-57, et t. 17, n° 2, juin 1954, p. 79-117).

Dans la première partie de son travail, l'auteur expose la psychologie phénoménologique : une introduction est consacrée à l'évolution des conceptions de Husserl. Puis sont envisagés divers éléments de la psychologie phénoménologique : « vivances » intuitives, structure de la conscience, actes de

penser, de juger, expression. La seconde partie est consacrée à la psychopathologie phénoménologique : notion de processus, « vivances » intuitives morbides, intuition catégorielle morbide, conscience morbide, troubles des « vivances » spatiales, temporelles, psycho-pathologie de l'expression, de la pensée et du jugement. La méthode phénoménologique apparaît, à l'auteur, comme la plus capable de permettre d'édifier une science rigoureuse pouvant servir de base à toute science ; grâce à l'application de cette méthode, il est permis de créer une psychologie rigoureuse, susceptible de constituer le fondement d'une psychologie empirique. L'application de la psychologie phénoménologique à la psycho-pathologie ne permet pas seulement la confirmation de la première, mais elle représente pour la seconde son plus grand progrès jusqu'à maintenant. Seule une connaissance parfaite de la psychologie et de la psycho-pathologie de Husserl peut permettre l'établissement d'une psychiatrie scientifique. Grâce à la philosophie phénoménologique, à la psychologie et à la psycho-pathologie phénoménologiques, pourra être créée la doctrine du monde vital qui sera le domaine de la psychiatrie future. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'électro-encéphalographie en psychologie et en psychiatrie (La electroencefalografia en psicologia y psiquiatria), par M. TURNER. (*Acta neuropsychiatrica argentina*, vol. 1, n° 4, juillet 1955, p. 401-410).

Les études électro-encéphalographiques ont montré avec quelle fréquence les tableaux psychiatriques s'accompagnent de tracés anormaux. Bien qu'il ne soit pas possible de décrire des anomalies électriques pathognomoniques des différentes entités nosologiques, les tracés permettent de mettre en évidence des dysfonctions de type comitial, des signes de souffrance organique cérébrale, d'immaturité bioélectrique ou des indices de bioexcitabilité neuronale. L'expérimentation neuro-physiologique et les corrélations électro-anatomo-cliniques ont permis de situer et de déduire les principaux mécanismes neuronaux impliqués dans ces déviations bioélectriques. Le type d'anomalie électro-encéphalographique observée n'autorise pas à conclure sur l'étiopathogénie des troubles mentaux qui les accompagnent ; mais ce type oriente le diagnostic et ouvre de nouvelles voies pour l'étude des affections psychiques et de leur traitement. On comprend l'utilité de l'électro-encéphalographie en psychiatrie avec emploi de méthodes d'activation physiques, chimiques et psychologiques. Six figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'état actuel dans la recherche et la construction de tests factoriels d'attitudes et de personnalité (Lo stato attuale nella ricerca e costruzione di tests fattoriali di attitudine e personalità), par Raymond B. CATTELL (de l'Université de l'Illinois). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 16^e année, fasc. 4 et 5, juillet-octobre 1955, p. 323-349).

Il existe de nombreuses incompatibilités entre les tests psychologiques et les théories sur la structure de la personnalité. La méthode de l'analyse factorielle, pour laquelle l'emploi de calculatrices électroniques peut être de

grande utilité, permet un examen de la personnalité et la création de batteries de tests psychologiques. L'auteur donne des exemples de ces batteries, qui servent à mesurer 16 facteurs aussi importants que l'intelligence générale. Pour ces facteurs retrouvés par divers auteurs peut être proposé un index universel donnant pour chacun une indication numérique. Pour éviter des erreurs et préciser les facteurs de la personnalité, isolés par l'analyse factorielle, de nouvelles études sont nécessaires au moyen de cette intéressante méthode psychologique. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La schizophrénie et l'état hypnoïde (La esquizofrenia y el estado hipnoïde), par Jorge THENON. (*Acta neuro-psiquiatrica argentina*, vol. 1, n° 4, juillet 1955, p. 369-379).

Les faits révélés par la physiologie cérébrale conduisent à une interprétation absolument nouvelle et objective des symptômes psychiques, particulièrement pour la schizophrénie. Les recherches physiologiques sur l'activité corticale chez les animaux et chez l'homme, par la méthode du réflexe conditionné, firent connaître une série successive d'états particuliers du cortex cérébral, les états de phase, qui constituent dans l'ensemble l'état hypnoïde. La faiblesse et l'épuisement de la cellule corticale conditionnent l'état hypnoïde dont les phases sont clairement reconnaissables dans la schizophrénie. Ainsi, la connaissance de la biologie cérébrale emplit le vide entre l'organicisme et le subjectivisme psychogénétique. Grâce aux études sur la fonction des hémisphères et leur activité régulatrice, analytique et synthétique, l'organisme malade est saisi dans sa totalité dynamique. En terminant, l'auteur examine les nombreuses causes constitutionnelles et chimico-hormonales, ainsi que la perturbation du métabolisme intermédiaire, capable de conduire les cellules cérébrales à la situation caractéristique de l'état hypnoïde.

V.-J. DURAND.

Etude clinico-psychologique d'une psychopathe asociale. Contribution à la connaissance du complexe « mère-prostituée » et des personnalités psychopathiques en général, par M. SCHACHTER (de Marseille). (*Anais portugueses de psiquiatria*, vol. 6, n° 6, décembre 1954, p. 6-17).

L'auteur présente l'observation clinico-psychologique d'une malade suivie pendant plusieurs années. Le profil de cette psychopathe asociale, mythomane, infantile, assoiffée d'affection, d'auto- et d'hétéro-estimation, semble d'autant plus intéressant qu'elle a commis des actes socialement répréhensibles. Il est possible de discuter le rôle psychologique joué, dans ce cas, par l'immaturité de la libido, avec existence du complexe antinomique « mère-prostituée », souvent présent dans de telles personnalités. On peut, à ce propos, revoir la question, particulièrement compliquée, de la psychopathie et de la personnalité psychopathique. La psychanalyse n'a pu être faite. Le pronostic est très réservé.

V.-J. DURAND.

Fugues impulsives. Etude clinique et psychopathologique (Fughe impulsive. Studio clinico e psicopatologico), par M. MORENO et A. PISSETTI (de Rome). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 5, 1955, p. 559-586).

Montrant la place des fugues dans la nosographie psychiatrique, les auteurs rapportent cinq cas, dans lesquels ce comportement est apparu lié à la schizophrénie (deux fois), à la mélancolie, à une personnalité psychopathique chez un oligophrène, enfin à l'hystérie. Les auteurs discutent les rapports entre fugue et épilepsie. Ils pensent qu'il faut différencier les cas d'épilepsie cursive des fugues qui sont seulement l'expression de l'altération épileptique du caractère. Ils restreignent l'importance accordée par certains au mal comitial. Considérant le caractère impulsif de la fugue et les différents états de conscience qui l'accompagnent, ils notent que très rarement un épisode dépressif précède la fugue et font quelques considérations sur divers aspects psychogénétiques du syndrome. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'analyse du destin de Szondi et la criminologie (El fatoanálisis de Szondi y la criminología), par F. Oliver BRACHFELD. (*Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2^e époque, vol. 3, n° 11, juillet-septembre 1955, p. 457-467).

Rappelant les principes des conceptions de Szondi et de l'application de son test, l'auteur s'arrête plus spécialement aux emplois possibles en criminologie. Montrant le caractère conjectural de la théorie de Szondi en ce qui concerne les pulsions criminelles, il évoque le récent ouvrage de Hans Walder : « Triebstruktur und Kriminalität ». Szondi a décrit un profil caractéristique de l'assassin potentiel, en forme de E renversé. En réalité, comme l'indique l'auteur, « nos pulsions nous conditionnent, mais ne nous déterminent pas ». Malgré son intérêt, la conception de Szondi demande de soigneuses vérifications.

V.-J. DURAND.

Evaluation de la personnalité (Evaluación de la personalidad), par Edmundo CARBÓ. (*Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2^e époque, vol. 3, n° 11, juillet-septembre 1955, p. 474-510).

Après rappel des principes d'étude de la personnalité, l'auteur décrit le test California de la personnalité, de Thorpe, Clark et Tiego. A l'aide de diverses séries de questions, ce test permet d'évaluer les différents éléments entrant dans la constitution de l'appréciation personnelle (auto-appréciation) et de l'adaptation. Les résultats obtenus permettent d'établir un profil psychologique. L'auteur a fait une adaptation de ce test pour des sujets de langue espagnole. Il rapporte quelques profils et des données numériques. Cette méthode lui apparaît très commode pour une première exploration psychologique et le dépistage de cas nécessitant une recherche plus complète.

V.-J. DURAND.

La reine Jeanne la Folle (Doña Juana la Loca), par Enrique GARCÉS. (*Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2^e époque, vol. 3, n° 11, juillet-septembre 1955, p. 511-515).

A propos du quatrième centenaire de sa mort, l'auteur évoque le souvenir de la reine Jeanne la Folle, fille de Fernand d'Aragon et d'Isabelle la catholique, femme de Philippe le Beau, mère de Charles-Quint. La longue évolution du délire de jalousie de la reine, la persistance des troubles après la mort de Philippe le Beau, sa dromomanie, sont envisagées. Quelques considérations sont faites sur les conditions d'apparition des premiers troubles, explicables partiellement par la conduite du duc de Bourgogne, Philippe le Beau.

V.-J. DURAND.

Le test « palographique » (El test « palográfico »), par Salvador ESCALA MILÀ. (*Informaciones psiquiatricas*, San Baudilio de Llobregat (Espagne), vol. 1, n° 1, 4^e trimestre 1955, p. 15-23).

Le test palographique, proposé par l'auteur, consiste à demander au sujet de tracer des traits parallèles, verticaux, de 7 mm. de long, espacés de 2 mm., en continuant un modèle de 3 ou 4 barres verticales. C'est une épreuve pratique, simple, applicable à partir de l'âge de 7 ans, et dont les résultats permettent de préciser certaines caractéristiques du sujet examiné. Ce sont : la rapidité habituelle de réaction, l'habileté de réalisation, le rythme, la fatigue dynamique, l'irradiation dynamique. D'autre part, il est possible d'apprécier les signes qui traduisent une surcharge émotionnelle avec perte du contrôle exercé normalement par les contrôles supérieurs de la personnalité. Des applications peuvent se faire en psycho-pédagogie, en orientation professionnelle, en caractérologie, en recherche clinique pour l'exploration de la personnalité. Douze figures montrent différents types de tracés.

V.-J. DURAND.

Considérations sur un cas d'accès maniaque guéri par le largactil (Consideraciones sobre un caso de acceso maniaco curado con largactil), par M. MORALES DE VELASCO. (*Informaciones psiquiatricas*, San Baudilio de Llobregat (Espagne), vol. 1, n° 1, 4^e trimestre 1955, p. 51-52).

Une malade de 42 ans, de type pycnique, avait présenté à 30 ans un accès maniaque. Traité par le cardiazol et la pyréthérapie, il céda seulement au bout de huit mois et fut suivi d'une phase dépressive de plus de quatre mois. A 38 ans, un nouvel accès de type maniaque soigné par l'électro-choc, la cure de Sakel et un abcès de fixation, mit quinze mois à guérir, après passage par une période dépressive. Le dernier épisode maniaque, grâce à l'application de chlorpromazine intra-musculaire, fut rapidement jugulé avec retour à un état normal, sans inversion mélancolique post-thérapeutique.

V.-J. DURAND.

Sur le phénomène du rêve au stade prépsychotique (Zum Traumerleben im präpsychotischen Stadium), par F. JOST, W. WEILGART et W. SINN (d'Innsbrück). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, vol. 5, n° 2, juin 1955, p. 101-115).

Le rêve n'est pas un tableau isolé, mais il est déterminé par l'ensemble de la personnalité. Les éléments des rêves, que le psychotique a éprouvés pendant la phase pré-psychotique, peuvent se reproduire plus ou moins identiques après l'apparition de la maladie sous forme d'idées délirantes ou d'hallucinations. On connaît les rapprochements faits par certains auteurs entre activité onirique et délire. L'inconscient, comme constituant essentiel de la personnalité, a plusieurs possibilités d'expression. Le rêve est l'une d'elles. Il est possible que les maladies mentales, avant de se révéler ouvertement, se manifestent d'abord dans les rêves. L'interprétation correcte de ceux-ci par un psychothérapeute expérimenté pourrait alors découvrir les signes annonciateurs de la psychose future et permettre d'appliquer, au bon moment, le traitement convenable. Il s'agit là, évidemment, d'une méthode très délicate, mais qui pourrait avoir une valeur prophylactique. Trois observations sont rapportées. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Journal intime d'un délirant, par J. DELAY, T. LEMPERIÈRE, Ph. BENOIT et S. LECLAIRE. (*L'encéphale*, t. 44, 1955, n° 6, p. 532-577).

Les auteurs présentent et analysent un très intéressant journal intime, œuvre d'un délirant. Ce malade, instituteur de vive intelligence, note pendant quatre ans ses états d'âme, les pensées obsédantes qui l'assaillent, les faits qu'il observe, les interprétations qu'il leur donne. On peut suivre la progression du délire, voir apparaître des moments féconds avec phénomènes psycho-sensoriels, suivis de phases de remaniement, de restructuration des thèmes principaux. Ceux-ci, s'appuyant sur un symbolisme très riche, sont surtout mystiques, cosmiques, se développant dans le sens d'une conception nouvelle du monde, dont le malade cherche à faire la synthèse. Son journal peut apparaître comme un moyen de résoudre les problèmes que lui pose l'univers, de trouver une solution dans la création d'un monde à sa mesure. Cette tentative demeure, d'ailleurs, inachevée, le malade demandant un appui à son médecin, en lui écrivant : « Qui suis-je ? Pourquoi m'a-t-on choisi ? Quels sont les projets de Dieu sur moi ? Il faut m'aider. »

V.-J. DURAND.

NEUROLOGIE

Le signe de Babinski. Revue et nouvelles observations, par P. W. NATHAN et M. S. SMITH. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 18, n° 4, novembre 1955, p. 250).

Les auteurs résument d'abord les publications qui ont été faites sur les rapports du signe de Babinski avec des lésions cortico-spinales vérifiées histologiquement. Leur matériel consiste en 38 cas de cordotomies antéro-laté-

rales. Ils arrivent aux conclusions suivantes : une lésion du cordon latéral ou ventral de la moelle peut ou ne peut pas causer le signe de Babinski. On ne peut pas préciser le cordon altéré d'après le signe de Babinski. Le signe de Babinski peut souvent s'observer alors qu'histologiquement les cordons cortico-spinaux sont intacts. Une lésion située d'un côté de la moelle peut s'accompagner d'un signe de Babinski situé de l'autre côté du corps. Les lésions de la moitié antérieure de la moelle peuvent causer le signe de Babinski. Des lésions identiques situées de chaque côté de la moelle peuvent s'accompagner du signe de Babinski d'un côté et d'un réflexe plantaire normal de l'autre côté. Les petites lésions médullaires bilatérales sont plus propres à causer le signe de Babinski que les lésions étendues unilatérales. Le signe de Babinski est un symptôme pathologique. Il indique qu'il existe une anomalie fonctionnelle dans le système nerveux central.

L. MARCHAND.

De la formation hippocampique dans l'épilepsie du lobe temporal, par A. MEYER et Mme E. BECK. (*Proceedings of the royal Society, section of psychiatry and neurology*, vol. 48, juin 1955, p. 457).

Les auteurs font d'abord une revue des travaux concernant la corne d'Ammon, l'uncus, le complexe amygdaloïdien, et leurs rapports avec la pathogénie de l'épilepsie du lobe temporal. Sur un matériel concernant des biopsies, ils notent la sclérose de la corne d'Ammon dans 66 % des cas ; ils font remarquer combien l'interprétation de ces cas provenant de biopsies est délicate. Ils décrivent les lésions du noyau amygdaloïde, qu'ils ont trouvées chez deux sujets qui sont morts en état de mal épileptique.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de 8 ans ; les lésions intéressent le noyau amygdaloïde mais davantage le lobe temporal et la région sylvienne ; la corne d'Ammon était sclérosée et le noyau amygdaloïde était le siège d'un ramollissement macroscopique.

Dans le deuxième cas, un sujet atteint de manie chronique est lobotomisé à l'âge de 43 ans. Six mois après, il présente des crises épileptiques, qui deviennent très fréquentes. Il meurt sept mois après la lobotomie. La sclérose de la corne d'Ammon s'étend jusqu'au noyau amygdaloïde.

Si on note ces lésions dans les cas d'épilepsie sévères et dans d'autres types d'anoxie, leur constance demande confirmation avant que l'on puisse affirmer leur signification dans la pathologie de l'épilepsie, et de l'épilepsie temporale en particulier. Dans six autres cas avec lésions amygdaloïdiennes, les sujets souffraient de convulsions fréquentes et violentes. Dans six cas, la lésion amygdaloïde était associée à la sclérose de la corne d'Ammon et de l'uncus. Ces trois régions sont irriguées par les branches antérieures de l'artère choroïdienne, ce qui peut expliquer leur altération simultanée. (Six photomicros).

L. MARCHAND.

Effets de la cingulectomie antérieure chez l'homme, par C.W.M. WHITTY. (*Proceedings of the royal Society of Medicine, section of Psychiatry*, vol. 48, juin 1955, p. 463).

Sur une première série de 18 malades chroniques, qui subirent la cingulectomie antérieure, 3 décédèrent et quelques-uns furent tellement améliorés

au point de vue agressif et obsessionnel que l'auteur entreprit de continuer ses essais. 17 autres malades subirent cette opération. Sur 7 cas qui présentaient des désordres affectifs (anxiété et dépression), 4 furent guéris, 2 notablement améliorés et un ne présenta aucune modification dans son état. Parmi les 10 autres, chez lesquels les symptômes obsessifs prédominaient, on relève 4 guérisons et 6 notables améliorations. En résumé, les résultats consistent en réduction de l'inhibition et de la tension avec persistance de l'activité émotionnelle et compréhensive. Ce sont surtout les sujets qui sont atteints de névrose obsessionnelle ou anxieuse qui en bénéficient. A noter que, parmi les sujets opérés avec succès, plusieurs avaient subi antérieurement une lobotomie. En général, on ne note pas de troubles importants des fonctions viscérales et vaso-motrices, ce qui semble indiquer que cette région corticale n'est pas le siège de fonctions autonomes spéciales. Sur les 35 cas opérés par l'auteur, 4 sujets étaient atteints d'épilepsie. L'opération a eu pour effet une réduction de leurs accès et de leur agressivité.

L. MARCHAND.

Dysphasie consécutive à une lobotomie temporale droite chez un droitier, par G. ETTLINGER, C. J. JAKSON et O. L. ZANGWILL. (*Journal of neurology neurosurgery and psychiatry*, vol. 18, août 1955, p. 214).

La lobectomie temporale droite fut pratiquée chez un sujet de 35 ans atteint d'épilepsie temporale associée à des troubles mentaux. Quoique le sujet fût droitier, il manifesta après l'opération une dysphasie importante et permanente. Les auteurs discutent les causes de cette anomalie, insistent sur la gaucherie observée chez certains membres de la famille du sujet ; ils admettent la possibilité que, dans leur cas, le langage est localisé bilatéralement ou la dominance de l'hémisphère droit est une simple anomalie constitutionnelle.

L. MARCHAND.

Les hématomes extra-duraux de la fosse cérébelleuse, par MM. D. PETIT-DUTAILLIS, G. GUIOT, B. PERTUISSET et Y. LE BENSNERAIS (Paris). (*La Presse médicale*, n° 23 du 21 mars 1956).

A propos de six observations recueillies à la clinique neuro-chirurgicale de la Pitié et de 46 cas publiés, les auteurs font une étude d'ensemble des hématomes extra-duraux de la fosse postérieure. Ces hématomes revêtent quatre aspects cliniques : formes suraiguës, formes aiguës, formes subaiguës ou chroniques, formes latentes. Les premières, d'une extrême gravité, sont le plus souvent au-dessus des ressources chirurgicales. Les secondes, d'un pronostic opératoire plus favorable, revêtent souvent une symptomatologie trompeuse, identique à celle des hématomes sus-tentoriels. Les formes subaiguës ou chroniques, les plus typiques cliniquement, se traduisent par contre le plus habituellement par des signes de localisation postérieure suffisamment précis pour justifier par eux-mêmes une exploration de la fosse cérébelleuse.

Le diagnostic est facilité : 1° par la radiographie simple du crâne en incidence fronto-sous-occipitale, qui décèle dans plus de 80 % des cas un trait

de fracture intéressant la fosse postérieure ; 2° par la ponction ventriculaire, qui peut montrer une hydrocéphalie aiguë ; 3° par la ventriculographie, qui semble montrer souvent dans les formes subaiguës une hydrocéphalée par blocage de l'aqueduc ; 4° par l'angiographie cérébrale poussée jusqu'au temps veineux. Celle-ci, quand elle est praticable, montre un signe décisif : le décollement du pressoir d'hérophile.

On doit s'attacher d'autant plus à dépister cette variété d'hématome traumatique, qui reste encore actuellement le plus souvent méconnue, que le pronostic opératoire, mis à part celui des formes subaiguës, en est plus favorable que pour les hématomas extra-duraux de l'étagé sus-tentorial.

P. A.

Les formes nerveuses de la mononucléose infectieuse, par Pierre RENTCHNICK (Genève). (*La Presse médicale*, n° 25 du 28 mars 1956).

Trop souvent méconnues, il semble que les formes nerveuses de la mononucléose infectieuse soient moins rares qu'on ne l'admet communément ; elles représenteraient, soit une atteinte directe du virus lui-même, soit une réaction d'ordre allergique. Cette dernière hypothèse trouverait sa confirmation dans le fait qu'on n'a jamais pu démontrer la présence du virus de la mononucléose infectieuse dans les lésions nerveuses.

L'auteur différencie les formes primitives (méningites lymphocytaires bénignes, méningo-encéphalites, encéphalites, polyradiculonévrites), qui ne sont pas accompagnées d'adénopathies, ni d'angine ; les formes secondaires, associant les mêmes syndromes à une angine ou des adénopathies ; les formes asymptomatiques, caractérisées par une réaction du liquide céphalo-rachidien sans méningisme, au cours d'une forme angineuse.

En contradiction avec la réputation de bénignité dont jouit la mononucléose infectieuse, il faut mentionner l'évolution mortelle de plusieurs cas de polyradiculonévrite par atteinte des centres respiratoires.

Ne disposant pas de thérapeutique spécifique, on doit éviter d'aggraver la situation par des manœuvres intempestives ; on ne doit pas, en particulier, perdre de vue la possibilité de l'atteinte bulbaire qui, elle, commande un geste thérapeutique d'urgence.

Les formes nerveuses de la mononucléose infectieuse posent encore des problèmes de pathologie difficiles, dont la solution n'est pas en vue.

(*Travail de clinique des maladies infectieuses,*
hôpital Claude-Bernard, professeur P. Mollaret)

P. A.

Maladie d'Addison et grossesse, par L. DE GENNES, H. BRICAIRE, J. HAZARD et E. BEAULIEU. (*La Presse médicale*, n° 30 du 14 avril 1956).

Les auteurs, après avoir repris l'étude de la grossesse au cours de la maladie d'Addison, montrent que les données de ce problème ont aujourd'hui complètement changé.

La grossesse n'est nullement exceptionnelle chez les Addisoniennes en cours de traitement, et son avènement n'entraîne plus aujourd'hui les mêmes craintes qu'autrefois. Il y a, au cours de ces grossesses, deux périodes cri-

tiques : l'une initiale, liée surtout à la fréquence des vomissements ; l'autre terminale, due au choc provoqué par l'accouchement, et qui doit être traitée au même titre qu'un « stress » chirurgical.

Dans l'intervalle de ces deux phases existe une période heureuse où l'état de la malade semble nettement amélioré par le fait même de la grossesse, jusqu'à permettre de supprimer, dans un certain nombre de cas, tout traitement hormonal.

Les auteurs, après avoir étudié le rôle adjuvant possible de la cortico-surrénale du fœtus, démontrent que celle-ci n'intervient que pour une faible part dans cette apparente amélioration, qui semble liée surtout à l'afflux des stéroïdes d'origine placentaire. Le placenta est capable de produire des hormones de type cortico-surrénal comme il est capable de fabriquer des œstrogènes ou des gonadotrophines chorioniques. L'étude bio-chimique des stéroïdes permet d'apporter des précisions à ces problèmes de physiopathologie.

Ces notions permettent de fixer assez exactement les indications et les dosages du traitement hormonal de la maladie d'Addison au cours de la grossesse et de mener celle-ci à bon terme sans accidents graves.

P. A.

Réflexions sur le faisceau pyramidal pour le centenaire de sa description (Reflexiones acerca del haz piramidal en el centenario de su descripción), par J.-O. TRELLES et Victor PAREDES. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 18, n° 2, juin 1955, p. 191-205).

Il y a cent ans que Türck décrivait, de 1851 à 1854, le faisceau pyramidal. On peut distinguer trois étapes historiques dans les connaissances anatomiques sur le faisceau. La première, avant Türck, la deuxième, avec Türck et les auteurs du XIX^e siècle, pour lesquels le contingent de fibres occupant la pyramide bulbaire, reçut le nom de voie pyramidale, faisceau moteur dont le trajet et la structure furent définis ; enfin, l'étape actuelle due principalement à Fulton. Celui-ci tend à localiser exclusivement dans les cellules giganto-pyramidales l'origine du faisceau pyramidal. Diverses déductions ont été faites en ce qui concerne les voies pyramidales et extra-pyramidales, la spasticité, la flaccidité. Ces différentes conclusions ont été très discutées, en particulier par Walshe, qui s'oppose à la croyance en une localisation exclusive dans les cellules pyramidales de Betz, de l'origine du faisceau pyramidal.

V.-J. DURAND.

Hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie. A propos de 3 cas atypiques (Heredo-ataxia cerebelosa de Pierre Marie. A proposito de 3 casos atípicos), par Victor SAAVEDRA. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 18, n° 2, juin 1955, p. 168-190).

L'auteur décrit trois cas atypiques d'hérédo-ataxie cérébelleuse avec étude généalogique. Le premier cas est le plus proche de la forme de Pierre Marie. Les deux autres sont oligo-symptomatiques. Dans les deux dernières générations étudiées, il a été possible de noter la loi d'antéposition. On peut se demander si l'hérédo-ataxie cérébelleuse représente une entité autonome à

cause des associations fréquentes avec d'autres variétés d'hérédo-dégénération. Importante bibliographie. Quatre figures.

V.-J. DURAND.

Quelques cas, d'apparence purs, d'immaturité neurologique (Algunos casos, al parecer puros, de inmadurez neurologica), par Julia COROMINAS. (*Anales de medicina*, Barcelone, vol. 41, n° 2, juin 1955, p. 141-147).

Rappelant les travaux d'André-Thomas et montrant l'intérêt d'une étude comparative du développement psychique et du développement neurologique de l'enfant, l'auteur rapporte quelques observations où l'on pouvait, à cause d'un retard moteur, craindre une oligophrénie. Cependant, certains signes cliniques faisaient écarter ce dernier diagnostic. L'avenir montra l'évolution normale de l'intelligence. Il s'agissait de formes de retard purement neurologique.

V.-J. DURAND.

Considérations sur un cas probable de syndrome de Kleine-Levin (Consideraciones sobre un probable caso de síndrome de Kleine-Levin), par R. PUNCERNAN. (*Anales de medicina*, Barcelone, vol. 41, n° 2, juin 1955, p. 130-138).

Le syndrome de Kleine-Levin avec hyperphagie et somnolence, associées à des troubles psychiques de type dépressif, et apparaissant par accès périodiques, est rare. L'auteur en rapporte une observation caractéristique dans laquelle les épisodes intermittents groupaient les manifestations classiques avec prédominance de l'hyperorexie. Evoquant les théories explicatives de la faim et du sommeil, l'auteur étudie les mécanismes possibles du syndrome. Dans le cas présent, ont pu intervenir, entre autres, une infection luetique et des déceptions sentimentales. La benzédrine se révéla peu efficace. Par contre, la malade fut améliorée par la pénicilline, la pyrétothérapie et la psychothérapie.

V.-J. DURAND.

Symptomatologie neurologique de l'oblitération chronique de l'aorte (Sintomatologia neurologica de la obliteracion cronica de la aorta), par L. Oller CROSIET. (*Anales de medicina*, Barcelone, vol. 41, n° 2, juin 1955, p. 127-130).

L'oblitération chronique de l'aorte peut déterminer certains troubles neurologiques qu'il convient de savoir distinguer de manifestations d'origine purement médullaire. L'auteur indique les conditions d'un bon diagnostic clinique, ainsi que les explorations complémentaires nécessaires.

V.-J. DURAND.

Sur les myoclonies épileptiques (Sulle mioclonie epilettiche), par Giovanni FATTOVICH (de Venise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 5, 1955, p. 585-605).

L'auteur décrit un cas de myoclonie-épilepsie, à début remontant à la petite enfance, comme conséquence d'un processus encéphalitique. Histolo-

giquement, il y avait des lésions diffuses des cellules nerveuses, à type de dégénération atrophique chronique qui touchait, non seulement le cortex cérébral, mais aussi le noyau lenticulaire, le noyau caudé, la couche optique, le locus niger, le noyau rouge et, de façon marquée, le noyau dentelé du cervelet, ainsi que les cellules de Purkinje. Dix-huit figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Délimitation électromyographique de la tétanie (Delimitacion electromiografica de la tetania), par E. MASÓ SUBIRANA. (*Anales de medicina*, Barcelone, vol. 41, n° 2, juin 1955, p. 119-127).

Rappelant les signes de la tétanie, l'auteur décrit en détail les données de l'électromyographie. Cette dernière est le meilleur procédé pour dépister la maladie, tout particulièrement chez l'adulte. Les formes frustes ou trompeuses sont très fréquentes après l'adolescence. Les électromyogrammes de contrôle sont essentiels. Ils ne doivent pas dispenser de la prise du tracé électro-encéphalographique. Quelques considérations sont faites sur les causes de la tétanie. Cinq figures.

V.-J. DURAND.

Sur la chorée de Huntington (Sulla corea di Huntington), par Giorgio SACERDOTI (de Venise). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 79, fasc. 3, 30 septembre 1955, p. 613-621).

L'auteur rapporte quatre observations de chorée de Huntington, appartenant à trois générations d'une même famille. Les malades furent tous admis à des dates différentes à l'hôpital psychiatrique. Chez celui qui s'y trouve actuellement, le traitement par la réserpine, à la dose de 2 à 5 mgr., amena la disparition des manifestations hypercinétiques. Cette action de la réserpine, déjà signalée par divers auteurs, apparaît plus favorable que celle de la chlorpromazine sur les mouvements choréiques. Trois figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Dysgénésies neuro-ecto-mésodermiques (Disgenesias neuro-ecto-mesodermicas), par Zoila FUENTES. (*Revista chilena de neuro-psiquiatria*, t. 3, n° 3, décembre 1954, p. 381-399).

L'auteur présente quatre observations de dysgénésies neuro-ectomésodermiques : deux d'angiomasose encéphalo-trigémينية de Sturge-Weber-Dimitri, une de sclérose tubéreuse de Bourneville et une de neurofibromatose de Recklinghausen. Le diagnostic a été corroboré par les examens complémentaires. A propos de ces cas est faite une révision de la question. Il faut insister sur l'importance de la recherche soigneuse des formes frustes de ces affections. Leur étude doit se faire à partir de celles sur l'oligophrénie et sur les états convulsifs. Dans un chapitre terminal sont rappelées les théories pathogéniques s'appuyant surtout sur une perturbation dans le développement embryonnaire. Cinq pages de hors-texte.

V.-J. DURAND.

Etude angiographique de l'artère cérébrale postérieure (Estudio angiografico de la arteria cerebral posterior), par Reinaldo POBLETE, Juan A. SEGGIARO et Gustavo ENDARA. (*Revista chilena de neuro-psiquiatria*, t. 3, n° 3, décembre 1954, p. 408-414).

Les auteurs donnent les résultats d'une étude basée sur 158 artériographies carotidiennes où l'artère cérébrale postérieure était injectée (sur un total de 457 angiographies) et sur 29 angiogrammes par voie vertébrale. Une description soigneuse est faite, avec distinction de trois segments : P1 (entre naissance de l'artère et confluent de la communicante postérieure), P2 jusqu'à la bifurcation, P3 (branches terminales). Puis sont envisagées les modifications pathologiques observées en rapport avec les différents processus morbides. Dix figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur les rapports entre épilepsie essentielle et hémicranie (Sui rapporti fra epilessia essenziale ed emicrania), par G. PINTUS et L. INGHIRAMI (de Pise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 4, 1955, p. 415-432).

Les auteurs décrivent les rapports entre épilepsie et migraine au point de vue héréditaire et électro-encéphalographique. Ils affirment que les deux affections sont différentes car si, pour la migraine, l'hérédité et le mode de transmission sont connus, il n'en est pas de même pour le mal comitial. Au point de vue électro-encéphalographique, la nature épileptique de l'hémicranie n'est pas prouvée. On n'y retrouve aucun grapho-élément superposable à ceux qu'on observe dans l'épilepsie. Il faut, d'autre part, distinguer la migraine héréditaire et les syndromes migraineux, parce que c'est dans la première seulement qu'on peut constater une hyperactivité neuronique. Quatre figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Dyssynergie cérébelleuse myoclonique (Disinergia cerebelosa mioclinica), par Francisco I. CURCIO et Eduardo A. PEDACE. (*Acta neuro-psiquiatrica argentina*, vol. 1, n° 4, juillet 1955, p. 327-341).

Les auteurs rapportent un cas anatomo-clinique d'épilepsie myoclonique sporadique, lentement progressive, avec adjonction de signes de dysfonction cérébelleuse. L'étude électro-encéphalographique montre une dysrythmie diffuse avec composantes musculaires marquées. Rappelant les diverses variétés d'épilepsie myoclonique décrites par Unverricht, Kojewnikoff, Rabot, les auteurs rattachent leur observation au syndrome de dyssynergie cérébelleuse myoclonique décrit par Ramsay-Hunt. L'examen anatomique dans leur cas montre : lésion dominante et primaire du système cinétique du locus niger, lésion évidente, évolutive, du système régulateur normocinétique cérébelleux, infiltration périvasculaire et diffuse de type leuco-encéphalitique, sans doute d'origine virale. Les deux premières lésions donneraient les symptômes extrapyramidaux et cérébelleux. Les crises comitiales seraient consécutives à la décharge de zones corticales unies aux noyaux cellulaires atteints. Huit figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Diplégie faciale congénitale (Diplejia facial congénita), par Francisco I. CURCIO. (*Acta neuro-psiquiatrica argentina*, vol. 1, n° 4, juillet 1955, p. 415-418).

L'auteur décrit, chez une fillette de 10 ans, un cas de diplégie faciale congénitale, associée à une paralysie bilatérale du nerf moteur oculaire commun et à des malformations diverses : hypotrophie asymétrique des muscles trapèzes et pectoraux, hétérotopie et développement inégal du mamelon, déformations osseuses craniennes, thoraciques et digitales. Le psychisme montrait des signes d'arriération. On peut penser, comme l'ont admis Alajouanine et ses collaborateurs, que tous les éléments du tableau clinique sont l'expression de troubles du développement, similaires, mais anatomiquement indépendants. La syphilis ne semble pas intervenir. Trois figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur la clinique et l'épidémiologie de la poliomyélite (Über Klinik und Epidemiologie der Poliomyelitis), par G. FANCONI (de Zürich). (*Bulletin der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften*, vol. 11, fasc. 3, juillet 1955, p. 196-216).

Depuis 25 ans, la poliomyélite est devenue plus fréquente, prenant en Suisse un caractère endémique, frappant des individus plus âgés et aussi des enfants de moins de 6 mois. Les progrès de l'hygiène ont empêché l'enfant de s'immuniser ; les meilleures conditions familiales ont eu la même conséquence. Le mélange des populations a pu répandre certains virus. Des conditions individuelles peuvent favoriser l'apparition de la maladie : fatigue, infection, opérations. La connaissance de la virémie initiale a permis de comprendre les aspects cliniques. Il y a intérêt à distinguer au stade pré-paralytique une phase méningitique et une phase adynamique. En thérapeutique, la respiration intra-trachéale à surpression a été un grand progrès. La mortalité a beaucoup diminué. Il faut veiller d'emblée à une bonne position des extrémités pour éviter des contractures musculaires ou des distorsions articulaires. Une gymnastique appropriée et précoce est nécessaire. Huit tableaux et figures.

V.-J. DURAND.

Caractéristiques cliniques et électro-encéphalographiques de l'épilepsie dans les tumeurs à très lente évolution (Caratteristiche cliniche ed elettroencefalografiche dell'epilessia nei tumori a lentissimo decorso), par Giovanni MANNIRONI (de Pise). (*Rivista di neurobiologia*, Pérouse, vol. 1, fasc. 2, avril-juin 1955, p. 157-175).

L'auteur décrit trois cas de tumeurs cérébrales avec manifestations épileptiques isolées pendant plusieurs années. Les caractères des signes comitiaux sont analysés, ainsi que les symptômes électro-encéphalographiques. A ce propos, les éléments irritatifs sont périfocaux (pointes, ondes thêta, etc...) tandis que les altérations dysmétaboliques (delta polymorphes) prédominent, généralement, dans la zone lésionnelle. La lente évolution de l'épilepsie correspond à la localisation et à la nature bénigne des tumeurs

responsables (oligodendrogliomes, épendymomes). Il faut souligner l'importance de la recherche soigneuse des causes de toute épilepsie apparue chez l'adulte, même à développement très lent. Six figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Artériosclérose cérébrale. Etude anatomo-clinique et statistique, par Jacques BOTTON (de Genève). (*L'Encéphale*, t. 44, n° 4, 1955, p. 350-396).

Après un rappel historique, l'auteur étudie un matériel anatomique comprenant 862 cerveaux provenant de la clinique psychiatrique universitaire du Bel-Air à Genève. L'âge moyen était de 68,7 ans. Etudiant particulièrement les signes d'artériosclérose cérébrale au niveau du polygone de Willis, l'auteur distingue trois catégories suivant l'intensité des lésions. Il cherche à établir le siège habituel des plaques athéromateuses et scléreuses sur les différents segments artériels, discute les rapports possibles entre intensité des signes anatomiques d'artériosclérose, d'une part, calibre artériel, hypoplasies et anomalies du polygone, d'autre part. Une comparaison est faite entre les types morphologiques de l'artériosclérose cérébrale avec essai d'isoler une forme maligne. Puis sont envisagés de possibles rapprochements anatomo-cliniques pour différents cadres nosologiques : somatiques et psychiatriques. Six figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Névrite multiple du plexus brachial (Nevrita multipla del plesso brachiale), par Sergio BORDI et Giorgio SABBADINI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 3, mai-juin 1955, p. 353-364).

Les auteurs rapportent sept cas personnels de névrite multiple du plexus brachial, qu'ils ajoutent à ceux de la littérature. Il s'agit d'un syndrome caractérisé surtout par de la fièvre, des douleurs, de l'atrophie des membres supérieurs, avec parfois déficit sensitif. Ni l'atrophie, ni l'hypoesthésie n'ont une distribution typique, plexuelle, radiculaire ou névritique. Après avoir discuté le diagnostic différentiel avec les autres affections donnant une névralgie cervico-brachiale, les auteurs montrent l'importance de séparer ce syndrome de certaines affections voisines, pour des nécessités pronostiques et thérapeutiques. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'examen de la diplopie dans la neurologie clinique. Utilisation de la convergence des images (L'esame della diplopia nella neurologia clinica. Utilizzazione della convergenza delle immagini), par Aldo LATERZA (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 3, mai-juin 1955, p. 365-372).

L'auteur croit que le perfectionnement d'autres moyens diagnostiques a rendu à peu près inutiles les interprétations particulières de la diplopie verticale. Il démontre que l'on peut, facilement et sans risque d'erreurs, établir si le muscle déficient responsable d'une convergence des images est un rotateur externe ou interne. Il montre l'intérêt de ces faits en neurologie clinique. Cinq figures.

V.-J. DURAND.

Deux cas de syndrome de Marchiafava-Bignami et de sclérose laminaire corticale associés, par Michel JÉQUIER (de Lausanne) et Erwin WILDI (de Genève). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 75, fasc. 1-2, 1955, p. 77-82).

L'association du syndrome de Marchiafava-Bignami (démyélinisation axiale du corps calleux chez les alcooliques chroniques) et de la sclérose laminaire corticale alcoolique de Morel (prolifération astrocytaire de la 3^e couche corticale, surtout à la région frontale des deux hémisphères) est exceptionnelle. Les auteurs en rapportent deux cas : l'un chez un malade de 33 ans, l'autre chez un sujet de 52 ans, et décrivent les lésions histologiques observées. Ils insistent sur le rôle possible de l'œdème dans leur déclenchement. Cet œdème serait consécutif à un trouble de la perméabilité vasculaire ou peut-être à une acidose tissulaire locale. Il n'y avait pas de signes de nature inflammatoire. Trois figures.

V.-J. DURAND.

Observations sur la physiopathogénie des hydrocéphalies. I. Hydrocéphalie par hypersécrétion et papillomes des plexus choroïdes (Observaciones sobre la fisiopatogenia de las hidrocefalias. I. Hidrocefalia por hipersecreción y papilomas de los plexos coroideos), par Raúl CARREA, Jorge M. BURLO et Martin GIRADO (de Buenos-Aires). (*Acta neuro-psiquiatrica argentina*, vol. 1, n° 3, avril 1955, p. 258-272).

Dans un cas de papillome bilatéral des plexus choroïdes des ventricules latéraux, l'hydrocéphalie ne céda qu'après la résection des plexus choroïdes papillomateux. Ceci est une preuve que la cause primitive de l'hydrocéphalie dans ces cas est l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien. Donc, celui-ci se forme dans les plexus choroïdes. Dans les cas d'hydrocéphalie par hypersécrétion se produira, secondairement, une hernie du cervelet avec blocage tentoriel fonctionnel, compliquant cette variété d'hydrocéphalie. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Névralgie du trijumeau par anévrysme cirsoïde de la fosse cérébrale postérieure (Neuralgia del trigémino por aneurisma cirsoide de la fosa cerebral posterior), par Carlos A. BARDECI et Juan C. CHRISTENSEN. (*Acta neuro-psiquiatrica argentina*, vol. 1, n° 3, avril 1955, p. 284-289).

Une jeune fille de 20 ans présente des crises névralgiques périodiques du trijumeau droit, à type essentiel. Les examens ne montrent pas de lésions objectives du nerf, mais la craniotomie large révèle l'existence d'une malformation vasculaire que l'artériographie ultérieure reconnaît être un anévrysme cirsoïde de la fosse cérébrale postérieure. Le résultat post-opératoire fut très satisfaisant. Huit mois après l'intervention, les douleurs n'ont pas repris. A propos de cette observation, les auteurs font une révision de la littérature, insistant sur l'intérêt de l'angiographie en présence de névralgies du trijumeau de type idiopathique. Deux figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Comportement de la réaction de d'Andréa dans le liquide céphalo-rachidien des poliomyélitiques (Comportamento della reazione di d'Andrea nei liquores dei poliomieltici), par Franco PASOLINI (de Cagliari). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 2, mars-avril 1955, p. 148-152).

L'auteur a pratiqué la réaction de d'Andréa chez 28 malades atteints de poliomyélite. Cette réaction a été constamment positive. Elle est même la seule à indiquer les altérations pathologiques du liquide céphalo-rachidien. L'auteur pense que cette méthode devrait faire partie de l'examen courant en raison de sa facilité d'exécution et de sa sensibilité extrême.

V.-J. DURAND.

Sur un cas particulier de maladie de Gordon-Holmes (Su un particolare caso di malattia di Gordon-Holmes), par Ernesto FAILLA (de Cagliari). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 3, mai-juin 1955, p. 245-252).

L'auteur rapporte un cas de polymyosite du type Gordon-Holmes chez lequel s'associaient, à la diplopie faciale bilatérale, signe essentiel de l'affection, des paralysies du trijumeau moteur, du glosso-pharyngien, du pneumo-gastrique, du spinal et du grand hypoglosse. Le diagnostic différentiel est à faire avec la polyradiculo-névrite de Guillain-Barré, la poliomyélite antérieure aiguë, la paralysie de Landry et l'encéphalite épidémique.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude biologique et anatomo-pathologique de la polymyosite (Contributo allo studio biologico ed anatomo-patologico della poliomyosite), par G. A. BUSCAINO, N. FRONGIA et C. PIRASTER (de Cagliari). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 3, mai-juin 1955, p. 253-298).

Les auteurs décrivent soigneusement le cas d'une malade atteinte de dermatomyosite, mais que l'autopsie permit d'identifier comme une polymyosite fibreuse chronique généralisée. Ils en font une étude complète biologique, clinique, anatomo-pathologique, et concluent qu'il n'est pas possible d'identifier la dermatomyosite avec la polymyosite, si on place la première dans le groupe des maladies dites du collagène. D'autre part, la seule estimation des différentes altérations du métabolisme du pigment musculaire ne suffit pas pour une classification précise des myopathies. 22 figures.

V.-J. DURAND.

Empyème sous-dural et sinusite frontale. Observation anatomo-clinique, par Lionel-H. LEMIEUX. (*Laval médical*, Québec, vol. 20, n° 6, juin 1955, extrait de 10 pages).

L'auteur décrit un cas d'empyème sous-dural, consécutif à une sinusite frontale et rapidement mortel. Le diagnostic ne put être fait qu'à l'autopsie. Le début avait été marqué par : céphalées, vomissements, torpeur, crises convulsives bravais-jacksoniennes. Les antibiotiques ne purent enrayer l'évolution fatale. L'électro-encéphalographie avait donné un tracé perturbé du côté où se notaient les signes neurologiques. L'étude anatomique révéla

un exsudat fibrino-purulent recouvrant un hémisphère, quelques thrombus du sinus longitudinal supérieur, une énorme hernie de l'hippocampe opposé, une hernie moins forte de l'hippocampe homo-latéral. L'auteur rappelle la gravité des empyèmes sous-duraux secondaires aux sinusites frontales. Même l'intervention chirurgicale ne suffit pas toujours à arrêter l'évolution. Deux figures.

V.-J. DURAND.

Apports de l'électro-encéphalographie à l'étude des névrxites (Aportes de la electroencefalografia al estudio de las neuro-axitis), par M. TURNER et N. TURNER. (*Acta neuro-psiquiatrica argentina*, vol. 1, n° 3, avril 1955, p. 290-299).

Sont analysés les électro-encéphalogrammes de 40 cas de névrxites non purulentes (14 post-vaccinales, 15 par virus inconnus, 4 de la coqueluche, 2 de la rougeole, 2 après oreillons, 2 de la chorée, 1 rubéolique). Le polymorphisme des anomalies (pointes, pointes lentes, pointe-onde lente, etc..) et ses modalités de localisation signent le siège cortico-sous-cortical des lésions. Chez quelques malades, il y avait des signes neurologiques et psychiques précis : paralysies, mouvements anormaux, épilepsie, etc... Chez d'autres, les troubles de l'électrogénèse cérébrale annonçaient l'installation de symptômes comitiaux ou de troubles du comportement débutant parfois après plusieurs années de latence. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contribution clinico-radiologique à l'étude des anévrysmes intra-craniens (Contributo clinico-radiologico allo studio degli aneurismi endocranici), par I. SANGUINETTI et C. PORTA (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 16^e année, fasc. 4-5, juillet-octobre 1955, p. 409-475).

Les auteurs exposent d'abord, de façon systématique et détaillée, les connaissances classiques sur la sémiologie et le diagnostic des anévrysmes intra-craniens. Ensuite, ils rapportent leurs quatorze observations personnelles avec angiographie cérébrale. Certaines ont été vérifiées par l'opération chirurgicale. Ils analysent les caractères cliniques et radiologiques essentiels de leurs cas. Enfin, ils comparent les résultats de leurs constatations avec les données classiquement à déduire de l'étude de la littérature. Cela les amène à prendre parti au sujet de divers problèmes d'ordre pratique ayant trait aux examens neuro-radiologiques complémentaires, nécessaires pour la précision du diagnostic. L'angiographie cérébrale est un procédé de première importance. Vingt-huit angiographies sont reproduites. Dans la dernière partie de l'article, un tableau synoptique résume les observations des auteurs. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Myélopathie nécrotico-hémorragique aiguë et angiomatose du système nerveux (Mielopatia necrotico emorragica acuta ed angiomatosi del sistema nervoso), par Alberto EDERLI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 5, septembre-octobre 1955, p. 754-770).

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 58 ans, souffrant d'un syndrome médullaire aigu ascendant mortel au bout de 25 jours. L'examen

anatomique montre une hématomyélie et une nécrose des segments médullaires cervicaux inférieurs et dorsaux supérieurs. Histologiquement, fut notée une télangiectasie pontine et une télangiectasie médullaire diffuse. A propos de ce cas, est faite une révision de la littérature. Sept figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Maladie démyélinisante type Schilder à évolution suraiguë (Malattia demielinizzante tipo Schilder a decorso acutissimo), par Valentino BRAITENBERG et Bruno CALLIERI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 5, septembre-octobre 1955, p. 771-786).

La description anatomo-clinique d'un cas de maladie démyélinisante à évolution suraiguë donne lieu à une révision des très rares cas analogues de la littérature, montrant la difficulté d'une systématisation nosographique. Au point de vue anatomo-pathologique, il faut souligner dans le cas présent la coexistence de caractéristiques différentes du processus de démyélinisation, employées par certains pour distinguer des formes morbides séparées. Six figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur le diagnostic pneumo-encéphalographique des tumeurs cérébrales (Sulla diagnosi pneumoencefalografica dei tumori cerebrali), par Guido CASTORINA (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 5, septembre-octobre 1955, p. 787-807).

Pour le diagnostic des tumeurs cérébrales, la pneumo-encéphalographie fractionnée est une méthode avantageuse. C'est ce que montre l'auteur, qui s'appuie sur 108 observations. Ce procédé est particulièrement utile pour le diagnostic entre les tumeurs sellaires et parasellaires, entre celles de la fosse cérébrale postérieure (surtout celles de l'angle ponto-cérébelleux) et celles du pont et du clivus. Dans quelques cas, avec l'examen pneumo-encéphalographique, il est possible de reconnaître une hernie tentorielle ou un engagement cérébelleux. Dix figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Observations sur l'activité épileptique spontanée du rhinencéphale (Osservazioni sull'attività epilettica spontanea del rinencefale), par Mario GOZZANO, Gianfranco RICCI et Raffaello VIZIOLI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 5, septembre-octobre 1955, p. 697-702).

Les auteurs ont observé, au cours d'expériences sur les effets de la stimulation olfactive sur l'activité électrique du rhinencéphale, chez le chat, l'apparition accidentelle de pointes. Celles-ci disparaissent pendant la stimulation olfactive et sont activées par l'injection intrapéritonéale de Dial. Chez un chat, fut constatée une crise électrique strictement limitée à l'amygdale, sans la moindre diffusion aux structures du néo-cortex. Quatre figures.

V.-J. DURAND.

Aspects neurologiques particuliers provoqués par les amines sympathicomimétiques (Particolari aspetti neurologici provocati delle amine simpatico-mimetiche), par Piero BENASSI (de Reggio Emilia). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 5, septembre-octobre 1955, p. 817-823).

L'injection intraveineuse de 30 mgr. de méthédrine chez des sujets n'ayant pas de lésions neurologiques, provoque une accentuation des réflexes tendineux et une diminution ou une disparition des réflexes cutanés. Les réflexes de posture deviennent moins évidents. Chez des malades ayant une abolition des réflexes tendineux, on note l'apparition de plusieurs réflexes profonds, habituellement absents. L'auteur propose une explication des mécanismes en cause.

V.-J. DURAND.

Altérations du schéma corporel à origine vestibulaire, par Miller GUERRA. (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 5, n° 5, octobre 1953, p. 54-59).

On sait le rôle joué par les afférences vestibulaires dans l'édification du schéma corporel. L'auteur a observé plusieurs cas avec : syndrome vestibulaire produit par la streptomycine, syndrome de Ménière, sclérose en plaques à forme vestibulo-pyramidale de Barré. On peut distinguer trois catégories de troubles du schéma corporel : hyperschématie de Bonnier (déformations de segments, impression de lourdeur), hyposchématie (diminution des qualités spatiales et pondérales), aschématie (désorganisation du schéma corporel). Il faut connaître l'importance de l'appareil vestibulaire dans une fonction capitale, la gnosie de la spatialité.

V.-J. DURAND.

Les dérivations basales dans l'épilepsie temporale. Considérations électro-anatomo-cliniques (Le derivazioni basali nell'epilessia temporale. Considerazioni elettro-anatomo-cliniche), par R. ZAPPOLI et E. SCHERGNA (de Padoue). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 5, 1955, p. 624-673).

Précisant les notions d'épilepsie psycho-motrice et d'épilepsie temporale, les auteurs montrent comment les récents travaux des écoles anglo-saxonnes et françaises ont permis de mettre en évidence le rôle des lésions rhinencéphaliques dans l'origine des crises temporales. De là vient l'importance des dérivations basales, surtout par électrodes sphénoïdales, en présence de manifestations de l'épilepsie temporale. Après étude de 21 cas, les auteurs montrent l'intérêt d'une méthode personnelle d'enregistrement avec deux électrodes mastoïdiennes, deux sphénoïdales et une pharyngée. Diverses questions sont envisagées : celle de l'aura, celle des ondes thêta focales, temporales, celle de l'association d'un foyer cortical avec des bouffées paroxystiques de pointes-ondes. Quatorze figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le problème des infections nerveuses à virus observées en Pologne (Zagadnienie wirusowych neuroinfekcji w Polsce), par Eufemiusz HERMAN (de Lodz). (*Neurologia, neurochirurgia i psychiatria polska*, t. 5, n° 5, 1955, p. 465-480).

L'auteur envisage la question des neuro-infections d'origine virale, constatées dans les différentes régions de la Pologne. Les données provenant de diverses cliniques sont rapportées. La poliomyélite est exclue du cadre de cette étude. Carte de Pologne. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur des anomalies de développement des vaisseaux cérébraux (W sprawie zaburzen rozwojowych naczyn mozgowych), par Maria FILIPOWICZ. (*Neurologia, neurochirurgia i psychiatria polska*, t. 5, n° 5, 1955, p. 565-574).

Deux cas d'angiomatose cérébrale sont rapportés. Après avoir discuté la classification, la structure et la pathogénie des angiomes, l'auteur affirme que les angiomes caverneux sont plutôt des anomalies congénitales de développement que des néoplasmes proprement dits. Sept figures.

V.-J. DURAND.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Modification de la courbe oscillographique artérielle chez des malades mentaux soumis à des stimulations pharmacologiques variées (Modificazioni della curva oscillografica arteriosa in ammalati mentali sottoposti a stimoli farmacologici vari), par L. BIASCI et P. RONCO (d'Alessandria). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 5, 1955, p. 606-624).

Les auteurs ont recherché la courbe oscillographique artérielle chez des malades mentaux, avant et après application de différents médicaments (chlorpromazine, alcaloïdes de la *Rauwolfia serpentina*, barbituriques). Ils ont observé, dans l'ensemble, une certaine réduction de l'indice oscillométrique sous l'action de la chlorpromazine et des barbituriques, tandis que les alcaloïdes de la *Rauwolfia* avaient tendance à augmenter cet indice. L'association de la chlorpromazine et des barbituriques renforce leur pouvoir, abaissant davantage l'indice oscillométrique. L'élévation après l'emploi des alcaloïdes de *Rauwolfia* demande à être expliquée. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Influence du réflexe de clignement sur la perception visuelle de la forme et du mouvement (Influenza del riflesso d'ammiccamento sulla percezione visiva di forma e di movimento), par Vincenzo NANNARELLI (de Nocera superiore). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 2, mars-avril 1955, p. 96-108).

L'auteur a soumis 100 sujets (20 parkinsoniens, 20 épileptiques, 20 oligophrènes, 20 schizophréniques, 20 normaux) à l'épreuve de la kinésie du point de vue lumineux et de l'inversion figure-fond avec l'emploi d'un appareil d'interruption du stimulus visuel. Le réflexe de clignement ne sem-

ble pas devoir être considéré seulement comme un moyen de protection de l'œil, mais doit être également regardé comme un mécanisme d'une certaine importance dans le phénomène perceptif visuel.

V.-J. DURAND.

Sur l'influence présumée de l'anesthésie du point d'introduction de la toxine dans le développement de l'intoxication tétanique selon Speransky (Sulla presunta influenza dell'anestesia del punto di introduzione della tossina nello sviluppo dell'intossicazione tetanica secondo Speransky), par Giovanni CARRIERI (de Bari). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 4, 1955, p. 487-494).

Chez le cobaye, l'auteur anesthésie la région dans laquelle il introduit la toxine tétanique. Il observe l'évolution des symptômes de la maladie ainsi provoquée, ne trouvant aucune différence entre la série des animaux préparés par l'anesthésie locale et celle des animaux-témoins. Ses résultats ne confirment donc pas ceux de Speransky qui, par anesthésie régionale au moment de l'injection de la toxine tétanique, aurait réussi à empêcher l'apparition du tétanos ou, au moins, à l'atténuer.

V.-J. DURAND.

Recherches expérimentales sur la pathogénie de la poliomyélite paralytique, en particulier après tonsillectomie et injection intramusculaire (Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der paralytischen Poliomyelitis, insbesondere nach Tonsillektomie und intramuskulärer Injektion), par J. D. VERLINDE (de Leyde). (*Bulletin der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften*, vol. 11, fasc. 3, juillet 1955, p. 177-188).

Chez le singe cynomolgus, infecté par prise orale de virus poliomyélique, une virémie apparaît du 5^e au 8^e jour. On peut alors trouver le virus dans divers organes, ainsi que dans les ganglions en rapport avec l'intestin. Le système nerveux central n'est touché que trois jours après la fin de la virémie. Si on avait injecté auparavant par voie intra-musculaire une toxoïde phosphatée diphthérique, on peut déceler le virus dans le nerf sciatique de la patte vaccinée. Chez les singes tonsillectomisés, le nerf glosso-pharyngien contient du virus avant même le début de la virémie. Les formes paralytiques dépendent donc d'une infection neurogène secondaire du système nerveux central, après infection hématogène. Les lésions musculaires favorisent l'atteinte des nerfs moteurs. Une tonsillectomie permet une infection primaire neurogène de la moelle épinière.

V.-J. DURAND.

Recherches sur les variations biologiques dans le sommeil. Fluctuations nyctémérales de la glycémie (Ricerche sulle variazioni biologiche nel sonno. Fluttuazioni nictemerali della glicemia), par E. BRONDONNO et C. FIORE (de Lecce). (*L'Ospedale psichiatrico*, 23^e année, fasc. 1, janvier-mars 1955, p. 65-82).

Les auteurs passent en revue les théories explicatives du sommeil, pensant eux-mêmes que celui-ci est l'expression fonctionnelle synthétique d'un

ensemble de modifications végétatives, hormonales et métaboliques. Ils décrivent ensuite les variations de la glycémie observées pendant le nyctémère chez trente sujets. Dans presque tous les cas, il y a une hypoglycémie pendant le sommeil avec hypofonctionnalité et hypoexcitabilité correspondantes du système nerveux. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Fonctionnalité de l'appareil épithalamo-épiphytaire. L'action mélanophoro-constrictrice en rapport avec l'inhibition hypophysaire (Funzionalità dell'apparato epitalamo-epifisario. L'azione melanoforo-costrittrice in rapporto con l'inibizione ipofisaria), par Gian Giacomo CAVALCA (de Bologne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 3, 1955, p. 283-300).

L'auteur a recherché l'activité inhibitrice de l'extrait d'épiphyse sur l'expansion des mélanophores de la peau de grenouille. Cette activité lui semble en rapport avec la fonction de contrôle exercée par l'appareil épithalamo-épiphytaire sur la sécrétion hypophysaire, surtout en ce qui concerne les gonadotrophines. Trois figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Recherches expérimentales sur les plasties méningées avec le gelfoam (Ricerche sperimentali sulle plastiche meningee con gelfoam), par Alfiero FELIZZARI (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 3, 1955, p. 333-340).

Les nombreuses substances employées pour les opérations plastiques méningées n'ont pas toujours donné des résultats favorables. L'auteur, dans quelques expériences pratiquées chez le lapin, a utilisé une préparation de gélatine absorbable (gelfoam). Il a pu obtenir des succès encourageants. Ceux-ci pourraient amener à se servir de cette substance dans les opérations neuro-chirurgicales, de préférence à d'autres produits. Trois figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Variations des valeurs hématiques du K et du Ca en cas de blocage fonctionnel du thalamus produit pharmacologiquement (atophanyl) (Variazioni dei valori ematici del K e Ca in casi di blocco funzionale del talamo indotto farmacologicamente (atophanyl)), par A. SCOPPA et E. BUONDONNO (de Naples). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 3, mai-juin 1955, p. 199-206).

Pour déterminer quel est le trouble fonctionnel primitif dans les syndromes névrotiques, les auteurs ont provoqué chez 21 sujets un blocage fonctionnel transitoire du thalamus, par injection intraveineuse d'atophanyl et recherché les variations du potassium et du calcium sanguins. Ils ont observé une baisse importante du potassium et pensent qu'il y a, au moins dans certaines formes névrotiques, un trouble primitif au niveau du diencéphale, avec hyper-excitabilité de cette zone.

V.-J. DURAND.

Étude électromyographique de l'action du largactil sur le tremblement parkinsonien (Studio elettromiografico dell'azione del largactil sul tremore parkinsoniano), par Vico BERGAMINI, Francesco Ferro MILONE et Luigi RAVIZZA (de Turin). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 5, septembre-octobre 1955, p. 741-753).

Dans 16 cas de maladie de Parkinson, la lente introduction intraveineuse de 15 mgr. de chlorpromazine abolit rapidement les décharges rythmiques de potentiel à l'électromyogramme. Cette action ne paraît ni secondaire, ni consécutive à une sédation générale ; son point d'attaque ne semble ni périphérique, ni médullaire. Il concernerait plutôt la formation réticulée du tronc cérébral et, tout particulièrement, le système moteur de cette formation. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Action du largactil sur l'activité cholinestérasique du tissu nerveux (Azione del largactil sulla attività colinesterasica del tessuto nervoso), par Antonio BONOMOLO et Enrico MARIANI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 5, septembre-octobre 1955, p. 824-828).

Dans des recherches faites sur le cobaye, les auteurs ont observé une diminution considérable de l'activité cholinestérasique du tissu nerveux chez des animaux ayant subi une intoxication aiguë par la chlorpromazine et une disparition de cette activité en cas d'intoxication chronique. Ceci confirme l'action inhibitrice du largactil sur l'activité cholinestérasique.

V.-J. DURAND.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

Importance de l'école dans la santé mentale de l'enfant (Importancia de la escuela en la salud mental del niño), par Julia COROMINAS (de Barcelone). (*Revista de psicología general y aplicada*, Madrid, vol. 9, n° 32, septembre-décembre 1954, p. 565-569).

On connaît l'importance d'un bon développement psychique de l'enfant pour arriver, chez l'adulte, à un équilibre émotionnel et affectif convenable. Le rôle de l'école est essentiel à ce sujet, complétant, amplifiant l'action du milieu familial. La meilleure hygiène mentale que puisse obtenir le maître est de bien comprendre l'enfant et de l'aider ainsi à réaliser ce qu'il peut faire plus tard.

V.-J. DURAND.

Recherches sur le sens du comique dans l'enfance (Indagini sul senso del comico nella fanciullezza), par Dino ORIGLIA (de Milan). (*Infanzia anormale*, fasc. 13, juillet-octobre 1955, p. 316-356).

L'auteur passe en revue les différentes théories qui cherchent à expliquer le sens du comique. Il s'arrête surtout à celle de la dégradation des valeurs proposées par Stern. Rappelant les recherches faites pour explorer le sens

du comique dans l'enfance, il rapporte ses expériences personnelles. Trente gravures humoristiques ont été montrées à 200 enfants des deux sexes, de 6 à 10 ans, fréquentant l'école primaire. Leurs réactions positives ou négatives ont été classées. Les petits garçons ont une sensibilité précoce pour le comique. Chez la fillette, est assez fréquente la réaction paradoxale, au cours de laquelle le rire est provoqué, non par le mécanisme courant, mais par une particularité généralement négligée par les autres sujets. Il ne semble pas y avoir de corrélation entre intelligence et sens du comique. Trente figures (les gravures présentées aux enfants). Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Acceptation et refus des boissons alcooliques chez l'enfant (*Accettazione e rifiuto delle bevande alcoliche nel bambino*), par Amedeo DALLA VOLTA (de Gênes). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 16^e année, fasc. 3, mai-juin 1955, p. 245-263).

Les boissons alcooliques sont normalement acceptées par l'enfant déjà à la phase d'allaitement. Dans certaines circonstances, l'absorption peut amener l'ivresse. L'indifférence et le refus sont nettement plus rares. Le refus se voit surtout chez les enfants atteints de névroses ou de psychoses. Il peut s'associer à des modifications de l'appétit. L'appétence de l'enfant pour les boissons alcooliques est contraire au point de vue psychanalytique, en ce qui concerne le danger possible de la consommation excessive de ces boissons. La satisfaction de l'instinct peut altérer l'intégrité du moi. Des observations sont rapportées.

V.-J. DURAND.

Recherches sur l'épreuve des actes interrompus et de l'achèvement des actions et sur l'effet mnésique Zeigarnik chez des sujets d'âge évolutif (*Indagini sulla prova degli atti interrotti e del completamento degli atti e sull'effetto mnestico Zeigarnik in soggetti dell'età evolutiva*), par Ennio ALTEA (de Cagliari). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 16^e année, fasc. 3, mai-juin 1955, p. 265-285).

L'auteur décrit les résultats obtenus au moyen de l'essai des actions interrompues et de l'achèvement des actions, grâce aux éléments géométriques et aux objets, ainsi que l'effet Zeigarnik (grâce aux objets et aux couleurs), chez des enfants de 6 à 12 ans. Les résultats permettent de montrer l'importance de la motivation dans le comportement humain. La présente étude est faite dans une perspective dépendant de la Gestalt-psychologie.

V.-J. DURAND.

Les phénomènes périodiques en électroencéphalographie clinique (*I fenomeni periodici in elettroencefalografia clinica*), par Raffaello VIZIOLI et Franca MACCAGNANI (de Rome). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 1, fasc. 2, avril-juin 1955, p. 257-264).

Les auteurs présentent le cas d'un enfant de 2 mois dont le tracé électroencéphalographique était superposable à celui considéré comme caractéris-

tique de l'encéphalite sclérosante subaiguë de van Bogaert, avec décharges périodiques d'éléments à potentiel élevé. Comme l'enfant ne montrait pas de signe clinique en faveur de l'affection citée et que celle-ci n'a pas été signalée avant 4 ou 5 ans, il faut discuter la spécificité de ce tracé électro-encéphalographique pour la maladie de van Bogaert. Il peut s'agir d'une encéphalopathie subaiguë de l'enfance encore non classée et donnant un électro-encéphalogramme avec phénomènes périodiques. Des cas similaires ont été récemment rapportés en Italie. Reproduction du tracé.

V.-J. DURAND.

Hygiène mentale de l'instable psycho-moteur constitutionnel, par J.-M. SUTTER et Mlle S. KIENER. (*Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 1955, n° 3, p. 75-80).

Si certains refusent d'admettre l'existence d'une forme constitutionnelle de l'instabilité psycho-motrice, les auteurs montrent l'intérêt de ce type clinique. Il faut le distinguer de l'instabilité réactionnelle et de l'instabilité sociale et en rechercher les traits dès les premiers stades du développement. Pendant la grossesse, ce sont déjà des enfants qui présentent une mobilité exagérée. Plus tard, des éléments psychogènes viennent souvent compliquer le tableau. Particulièrement néfastes sont des erreurs éducatives. Il faut bien les connaître, pour essayer de les éviter. « Eduquer un instable constitutionnel n'est donc pas une besogne facile... dans ce domaine comme dans tant d'autres, l'hygiène mentale ne possède pas de moyens plus efficaces que l'éducation des éducateurs. »

V.-J. DURAND.

Troubles psychiques (d'allure hypomaniaque) à la suite d'une infection ourlienne chez un enfant de neuf ans, par Jean DELAGE. (*Laval médical*, Québec, vol. 20, n° 2, février 1955, extrait de 12 pages).

Un garçon de 9 ans présente, à la suite d'une infection ourlienne, un état d'excitation psycho-motrice intense, d'allure maniaque. Il y a une instabilité marquée avec quelques signes neurologiques et électro-encéphalographiques traduisant une atteinte encéphalitique. Une médication neuroleptique par la chlorpromazine, avec association à l'auréomycine, améliore nettement le jeune malade. De son côté, le tracé électro-encéphalographique confirme les progrès observés.

V.-J. DURAND.

Observation d'un jeune incendiaire (un pseudo-pyromane), par Dominique BÉDARD et Louis BOURGOIN. (*Laval médical*, Québec, vol. 20, n° 2, février 1955, extrait de 14 pages).

Les auteurs rapportent l'observation d'un incendiaire de 15 ans qui simula d'abord l'existence de troubles obsessionnels, puis de phénomènes psychosensoriels. Plus tard, il admit la nature volontaire de ses actes antisociaux motivés par la vengeance. Dans le cas présent, le sujet était un caractériel dont les délits ne représentent que des manifestations symptomatiques. Des

récidives ou d'autres actions délictueuses sont à craindre. Les auteurs, à propos de ce sujet, montrent la rareté, sinon l'inexistence, de la pyromanie traditionnelle.

V.-J. DURAND.

L'homologation des stades et la notion de cycle de développement dans la psychologie de l'âge évolutif (*L'omologazione degli stadi e la nozione di ciclo di sviluppo in psicologia dell'età evolutiva*), par Carlo TRAVERSA (de Rome). (*Infanzia anormale*, fasc. 13, juillet-octobre 1955, p. 357-380).

L'auteur cherche à homologuer les stades de développement dans l'âge évolutif, tels qu'ils sont exposés par différentes écoles (Gesell, Wallon, Piaget, psychanalystes). Il étudie les descriptions respectives dont il établit un parallèle dans un tableau synoptique. Bien que l'homologation se montre impossible, certaines correspondances sont mises en évidence. Pour sa part, l'auteur définit des « cycles existentiels » indiquant les périodes comprises entre certains moments critiques. Il distingue : 1^{er} cycle : de la naissance à 1 an ; 2^e cycle : de 1 à 3 ans, l'enfant existe comme individu ; 3^e cycle : de 3 à 6 ans, existence comme personne ; 4^e cycle : de 6 à 11 ans, l'enfant existe avec les autres ; 5^e cycle : après 11 ans, existence comme individu responsable. Le schéma ainsi obtenu pourrait permettre des recherches ultérieures.

V.-J. DURAND.

Prudence pronostique dans les convulsions infantiles (*Cautela pronóstica en las convulsiones infantiles*), par Jaime GARCIA. (*Informaciones psiquiátricas*, San Baudilio de Llobregat (Espagne), vol. 1, n° 1, 4^e trimestre 1955, p. 37-40).

L'auteur montre les difficultés rencontrées pour établir un pronostic valable en cas de convulsions infantiles, à cause du grand nombre de causes qui peuvent provoquer des crises isolées et sporadiques pendant l'enfance. Il faut penser à la complexité des mécanismes inconnus qui peuvent intervenir pour orienter favorablement ou non l'évolution ultérieure. Quelques exemples sont rapportés. Des indications sont données sur les examens à pratiquer pour préciser le mieux possible le pronostic.

V.-J. DURAND.

PSYCHANALYSE

Le complexe de Caïn, par Jean FELBER. (éd. Urban et Schwarzenberg, Vienne et Innsbruck, 1956, in-8° cart., 70 p. S. 36, D.M. 6).

Pour définir et déceler chez de nombreux névropathes les manifestations du complexe de Caïn, l'auteur, dans un riche éclectisme, utilise toutes les ressources des méthodes de Freud et de Jung. En outre, il emprunte à Ch. Baudoin, qui a préfacé l'ouvrage, une instance subconsciente nouvelle, « l'ombre », placée entre le « ça » et le « sur-moi ». Comme son nom l'indique, l'ombre est la projection, sur les parois cavernueuses du « double »

de la « personne », des pulsions du « ça », sur lesquelles sont braqués les faisceaux lumineux de l'œil de l'éducateur (sur-moi).

Enfin, entre les mains de l'auteur, les tests de Szondi permettent d'établir les profils qui indiquent les constellations des facteurs bipolaires constituant la personnalité inconsciente systématisée par Szondi. Ce sont les associations de l'élément épileptique du complexe paroxysmal de Szondi et de l'élément sadique du groupe sexuel du même auteur, qui produisent la dominante active, virile, du complexe de Caïn.

La combinaison des éléments opposés (hystérique et homosexuel) donnant la dominante passive, féminine, le complexe d'Abel.

Le complexe de Caïn, avec ses deux faces, s'avère donc être un véritable archétype, aussi fondamental dans l'inconscient humain que le complexe d'Œdipe de Freud. La Bible, dès la première famille humaine, avait ainsi réalisé l'importance de la jalousie de l'aîné à l'égard du puîné, qui causa le meurtre d'Abel et qui reste, chez beaucoup de névropathes, la racine de l'anxiété, des phobies, de l'épilepsie, etc...

Mais Dieu, dans la Bible, a grâcié Caïn, l'a protégé lui et sa race. Il a commué leur peine en travaux forcés. Les fils de Caïn travailleront la terre, les métaux, bâtiront des villes, feront des instruments de musique.

De même, le psychanalyste saura réconcilier dans la personnalité névrotique les pulsions explosives et sadiques du « ça » avec le sur-moi du malade (équivalent de Dieu et du père). Les pulsions canalisées dans l'opérotropisme permettront au sculpteur de former la pierre, au musicien de dompter les sonorités, au prêtre et au magistrat, en s'identifiant avec leur sur-moi, de vaincre dans la personne du pécheur et du délinquant leur propre complexe de Caïn, devenu, grâce à la sublimation, la plus noble activité créatrice.

FROMENTY.

THERAPEUTIQUE

Quatre années d'expérience de la chlorpromazine dans le traitement des psychoses, par Jean DELAY, P. DENIKER et R. ROBERT. (*La Presse médicale*, n° 22 du 17 mars 1956).

Le dépouillement de 300 dossiers de malades psychotiques traités en service fermé depuis 1952 avait pour but de préciser les indications de la cure prolongée et continue de chlorpromazine que les auteurs ont préconisé sous le nom de « cure neuroleptique ».

Examinés avec un recul de temps suffisant, les résultats confirment les premières indications de la méthode, données dès 1952, en ce qui concerne les états d'excitation et les états maniaques, dans lesquels le traitement neuroleptique donne des résultats supérieurs à ceux de l'électro-choc, ainsi que les états de confusion mentale, les bouffées délirantes et, d'une façon générale, les psychoses comportant un certain degré d'acuité.

Une indication plus récente de la cure neuroleptique réside dans le traitement des psychoses chroniques et de la schizophrénie. Dans cette dernière, ce sont les formes aiguës qui sont les mieux influencées, l'âge de l'affection réduisant les chances de succès du traitement. Parmi les formes chroniques,

cependant, les formes paranoïdes paraissent les mieux influencées et, d'une façon générale, le médicament améliore le contact des malades et réduit les paroxysmes d'agitation ou d'anxiété qui peuvent apparaître dans les différentes formes de la maladie.

A rapprocher de l'action de la chlorpromazine sur les formes délirantes de la schizophrénie, on note de bons résultats dans les délires chroniques, meilleurs dans les psychoses interprétatives ou passionnelles que dans les psychoses hallucinatoires. D'une façon générale, c'est l'effet psychique d'indifférence et de désintérêt du médicament qui semble influencer les malades qui se détachent progressivement de leurs préoccupations délirantes.

Les doses à utiliser sont plus importantes pour les psychoses chroniques que pour les psychoses aiguës. Pour celles-ci, la dose moyenne journalière se situe aux environs de 120 mgr. par jour et la durée moyenne du traitement est de 38 jours. Dans le cas des psychoses chroniques, les auteurs ont recouru à des doses progressivement plus élevées, sans dépasser pourtant 300 mgr. par jour, voire 500 mgr. au maximum. Les traitements ont été dans l'ensemble beaucoup plus prolongés, d'une durée moyenne de 118 jours.

Les complications observées ont été rares au regard du nombre de malades traités, et si on les compare avec les statistiques étrangères. Bien qu'il existe un élément de sensibilité individuelle à l'égard des complications comme à l'égard des effets de la drogue en général, les complications ont paru plus fréquentes avec les doses les plus élevées.

(Clinique des maladies mentales et de l'encéphale de la Faculté de Paris, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris)

P. A.

Traitement du hoquet persistant par traction sur le nerf phrénique,
par L. L. (*La Presse médicale*, n° 30 du 14 avril 1956).

Robert-E. Slemmer (*Archives of surgery*, vol. 71, n° 6, décembre 1955, p. 927) a eu recours, au cours des quatre dernières années, à la traction sur le nerf phrénique dans des cas où les autres méthodes thérapeutiques avaient échoué. Chez un malade même, il fallut recourir à une traction bilatérale sur les phréniques.

Sous écran radioscopique, on détermine quel est le côté du diaphragme atteint. La traction sur le nerf phrénique est réalisée en abordant le nerf au niveau du cou, sous anesthésie locale.

Un fil d'acier est passé au-dessous puis autour du nerf, formant une boucle dont les extrémités sortent par l'incision. Celle-ci est ensuite refermée. On lie les deux bouts du fil métallique sur un bourdonnet, ce qui permet de recourir à la traction aussi longtemps qu'il est nécessaire pour maîtriser les paroxysmes.

On peut enseigner à l'infirmière ou au malade la façon d'appliquer une légère traction.

On laisse le fil en place aussi longtemps que le hoquet persiste. Quand on est arrivé à le maîtriser, on coupe un des chefs du fil au ras de la peau pour enlever la boucle. Ce procédé a été utilisé dans quatre cas sans échec. Un malade dut être soumis à une traction bilatérale sur les phréniques.

Le hoquet persistant se rencontre parfois après intervention chirurgicale abdominale. Dans ce cas, la fréquence et la persistance de l'affection peuvent devenir inquiétants. C'est en pareil cas que le procédé indiqué présente son intérêt.

P. A.

Rauwolfia serpentina (serpasil) en psychiatrie, par J. D. GLYNN. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 18, août 1955, p. 225).

Le serpasil présente beaucoup d'avantages dans la thérapeutique psychiatrique. Son action sédatrice ne s'accompagne pas de modifications de la conscience, de troubles inhibiteurs comme le font les barbiturates. Il ne désorganise pas les fonctions cérébrales les plus hautes comme l'électrochothérapie et permet ainsi de meilleurs rapports avec les malades. L'anxiété et la tension s'atténuent, sous l'influence de son action calmante et reposante. Sous son action, les malades présentent une plus grande spontanéité, deviennent plus sociables et optimistes. Ils sont plus accessibles à la psychothérapie. Les agressifs, les résistants ou les agités deviennent plus commodes. Les soins des infirmiers, tels que alimentation, habillage, baignation, sont facilités. On n'a plus besoin d'avoir recours aux barbiturates et aux électrochocs. L'administration du serpasil est relativement simple et les complications de peu d'importance. L'usage du médicament peut être continué longtemps sans aucun risque.

L. MARCHAND.

Complication au cours d'un traitement par la réserpine, par C. H. CAHN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 112, n° 1, juillet 1955, p. 64).

Au cinquième jour d'un traitement par la réserpine, une malade âgée de 67 ans, atteinte depuis 20 ans d'un état paranoïde, a présenté une réaction sévère consistant en un œdème angio-neurotique. Pendant huit jours, son état resta très grave. Un traitement anti-histaminique eut un heureux résultat. L'état physique redevint normal. Aucune amélioration des troubles mentaux.

L. MARCHAND.

Mécanismes d'action de l'aminazine, par B. S. BAMDAS, G. D. GLOD, L. I. LANDO, A. P. LEVKOWITCH, G. K. TARASSOV, I. M. KHAZEN. (Faculté militaire de l'Institut central de perfectionnement médical (chaire de psychiatrie de l'Institut central de perfectionnement médical) et Institut de psychiatrie du Ministère de la santé publique, Moscou). (*Revue*, p. 121-138).

Pour étudier le mécanisme d'action de l'aminazine, son influence sur l'activité nerveuse supérieure et quelques autres fonctions physiologiques, et aussi le degré de toxicité dans une application de courte et de longue durée, les auteurs ont pratiqué une expérimentation aiguë et une expérimentation chronique sur des rats, des lapins et des chiens, en se rapprochant le plus possible des conditions d'application en clinique. La vérification anatomique a été pratiquée sur une partie des animaux.

1) L'application systématique d'aminazine produit une asthénie générale et une asthénie musculaire en particulier, parfois un état stuporeux et un allongement sensible du sommeil.

2) L'application chronique d'aminazine produit des phénomènes d'accoutumance.

3) L'appétit et le poids des animaux augmentent dans les cas d'application prolongée du produit. La température chez les chiens tend à s'abaisser ; cette baisse est évidente chez le rat. La pression artérielle chez le chien, sous l'effet de doses moyennes, tombe (jusqu'à 3). Le pouls chez le chien, avec des petites doses, se ralentit ; avec de fortes doses, il devient irrégulier. La respiration, avec des doses petites et moyennes, se ralentit ; avec de fortes doses, s'accélère.

4) Les modifications des réflexes conditionnés sont moins marquées que celles du comportement et de l'état général.

5) Quatre à sept jours après l'arrêt d'une application ininterrompue du produit pendant six semaines, toutes ces modifications ont disparu.

6) Le produit agirait essentiellement sur les centres sous-corticaux, comme le prouvent les réactions végétatives, notamment les modifications des sécrétions intestinales.

7) L'action prolongée des doses croissantes d'aminazine entraîne une baisse sensible du rapport sérum-globuline du sang, une certaine baisse de la glycémie, une diminution du taux de prothrombine. Ce qui serait en rapport avec une action toxique sur les fonctions hépatiques, chez le chien, en outre, on note des modifications de la formule sanguine.

L'injection sous-cutanée, à la dose de 25 mgr. par kilo, et intra-veineuse, à la dose de 12 mgr. 5 par kilo, produit une augmentation de la glycémie chez le lapin. L'action hypoglycémiant de l'insuline chez le lapin est nettement inhibée par l'aminazine.

8) Les signes cliniques de toxicité sont insignifiants et peu durables. Chez le chien, on a parfois observé un melæna.

9) Les modifications anatomo-pathologiques du cerveau et des viscères chez un animal soumis à une action prolongée du produit sont surtout nettes en ce qui concerne le système vasculaire ; il s'agit avant tout de modifications du tonus vasculaire avec exagération de la perméabilité vasculaire et suffusion hémorragique.

Les modifications des cellules nerveuses se limitent en général à un gonflement, et en particulier à une augmentation de volume du noyau. La réaction astrocytaire et oligo-dendroglique se fait dans le sens d'une prolifération.

10) Les données expérimentales sont en accord avec les données cliniques en ce qui concerne la prédominance de l'asthénie musculaire, l'augmentation de l'appétit et du poids, la chute de la tension artérielle, l'hypothermie, la labilité vasculaire, l'accoutumance, la colite sanglante, les modifications sanguines.

Au cours de traitement d'aminazine, il importe de tenir compte des données expérimentales, en particulier en ce qui concerne les modifications des fonctions hépatiques, de l'état du système vasculaire et de l'intestin grêle.

Étude par la méthode radioactive de la répartition de l'aminazine dans l'organisme, et de ses voies d'élimination, par N. A. FEDOROV et S. E. CHNOL. (Institut de psychiatrie du Ministère de la santé publique et chaire de radiologie médicale de l'Institut central de perfectionnement médical, (Moscou). (*Revue...*, p. 139-145).

L'étude de la répartition du produit des lieux d'accumulation, du temps de séjour dans l'organisme, la proportion et la rapidité de fixation par les tissus selon le mode d'introduction (voie orale ou voie parentérale), de même les conditions de l'élimination sont étudiées par la méthode radioactive. Les auteurs utilisent l'aminazine S. 35, radioactive, et mesurent la radio-activité dans les tissus, chez 30 souris blanches.

Une série de mesures extrêmement précises, dans des conditions multiples, amène les auteurs aux conclusions suivantes :

1) L'accumulation maxima s'observe dans les poumons ; dans le sang, au contraire, le taux est très bas.

2) L'aminazine pénètre facilement dans les organes et les tissus, pénètre à travers la barrière hémato-méningo-encéphalique. Les données sur la dynamique de la répartition dans le système nerveux central ne permettent pas d'indiquer une région spécifique d'accumulation, empêchent l'accumulation maxima qui s'observe sur le cortex.

3) Introduite par voie sous-cutanée, elle s'élimine uniquement par voie urinaire (97,4 % en 96 heures).

4) Introduite par voie orale, elle n'est absorbée que dans une proportion de 16 à 17 %, l'aminazine non absorbée est éliminée par l'intestin en huit à neuf jours.

5) La chromatographie a montré que l'aminazine s'élimine sans être modifiée.

CHAMBON.

Résultats de l'étude clinique de l'action de l'aminazine chez des malades mentaux, par G. K. TARASOV. (Clinique psychiatrique de l'Institut central de perfectionnement médical et Faculté militaire près de cet Institut, Moscou). (*Revue...*, p. 146-154).

1) Le traitement par l'aminazine s'est montré particulièrement efficace dans l'excitation maniaque, les états dépressifs avec idées délirantes et les états catatoniques, en particulier dans les cas s'accompagnant d'obscurcissement oniroïde de la conscience.

L'état des malades a été aussi sensiblement amélioré dans les cas de syndrome hallucinatoire avec idées délirantes.

2) Le champ d'action de l'aminazine n'est pas encore déterminé ; cependant, d'après les données littéraires et les observations particulières de ces auteurs, on peut en attendre de bons résultats dans d'autres états (syndrome obsessionnel, psychoses alcooliques, délires hypocondriaques).

3) L'effet curatif de l'aminazine n'a pas été moins efficace que celui de l'insulinothérapie, et chez 46 malades traités sans succès par l'insuline, l'aminazine a donné de bons résultats.

L'aminazine a donné de bons résultats dans des cas où la sismothérapie était demeurée sans succès.

4) Dans des cas où l'on n'a pas obtenu d'amélioration définitive, on a remarqué cependant une amélioration durant le traitement et celle-ci a facilité les soins.

5) L'expérience a montré que, dans les états non modifiés après trois mois de traitement, il est nécessaire de prolonger le traitement en augmentant les doses.

6) Au cours des récidives, une nouvelle cure plus courte donne des résultats positifs.

CHAMBON.

Traitement par l'aminazine des états schizophréniques, par M. I. SEREÏJKI, E. S. TOLMASKAÏA, R. G. GOLODETZ, N. F. SAMTER. (Institut de psychiatrie du Ministère de la santé publique et Clinique neuro-psychiatrique, P. B. GANNOUCHKINE).

Ces auteurs ont utilisé une solution à 2,5 %, intra-musculaire, à raison de 250 à 300 mgr. par 24 heures et jusqu'à 400 mgr. pendant 30, 35 jours, et jusqu'à 70 jours. Traitement par injection durant deux semaines, puis voie orale en utilisant des doses croissantes puis décroissantes. Ils ont observé tous les incidents classiques au cours des cures de ce genre : pseudo-parkinsonisme, collapsus orthostatique, défaut de résorption locale, dermatites chez le personnel infirmier.

Sur 50 malades, 30 schizophrènes ont eu une cure complète. Il s'agissait surtout de formes paranoïdes et de catatoniques ; 23 sont sorties dont 3 ont été stabilisés ; 20 ont été nettement améliorés au bout de sept mois ; une partie d'entre eux ont pu reprendre leur travail. Il y a eu 7 échecs.

J. CHAMBON.

L'application d'aminazine dans la pratique psychiatrique, par SKLIARENKO. (Chaire de psychiatrie de l'Institut médical Staline, Moscou). (*Revue...*, p. 166-171).

Les changements somatiques chez les malades mentaux au cours du traitement par l'aminazine, par L. P. DEMIDOVA. (Clinique neuro-psychiatrique Gannouchkine, n° 4, et Chaire de psychiatrie de l'Institut central de perfectionnement médical).

Sur une statique de 100 malades mentaux, dont 34 hommes et 66 femmes de 18 à 70 ans, soit 10 psychoses d'involution, 5 psychoses maniaques-dépressives, 30 formes catatoniques de schizophrénie, 17 schizophrènes à forme cyclique, 9 formes paranoïdes avec hallucinations, 15 formes paranoïdes avec état dépressif, 4 formes paranoïdes sur 74,2 délires hypocondriaques, une schizophrénie pseudo-névrotique, 5 hétérophrénies, 2 délires alcooliques hallucinatoires.

Durée du traitement : de 9 à 153 jours.

Ces auteurs ont observé :

Pour le système cardio-vasculaire : une tendance hypotensive, des modifications de l'électro-cardiogramme, baisse du voltage du complexe Q.R.S. dans les trois dérivations et dans trois cas des troubles de la conduction.

Pour le tractus digestif : troubles de la gustation, paresthésie linguale, sécheresse de la bouche, sensation de brûlures, soif, augmentation de l'appétit, météorisme, constipation dans certains cas, hyposécrétion gastrique ; troubles fonctionnels hépatiques : baisse du rapport sérum-globuline ; augmentation de la bilirubinémie.

Pour l'appareil génito-urinaire : polyurie et pollakiurie ; oligurie dans 7 cas seulement. Albuminurie dans 3 cas, hématurie et cylindrurie hyaline s'accompagnant d'éosinophilie, chez 2 malades durant trois jours, chez 8 femmes sur 66 ; modifications du cycle menstruel : après des aménorrhées de 3 ans, 7 mois et 3 mois, le cycle normal a été rétabli. Chez 5 catatoniques, on observe un raccourcissement du cycle de 7 à 10 jours.

Des modifications des tests du système nerveux végétatif.

Au point de vue sanguin : tendance modérée à l'anémie, hypochrome, chute de l'hémoglobine de 5 à 10 %.

Leucopénie jusqu'à 3.100, avec neutropénie jusqu'à 38 %, lymphopénie jusqu'à 7,5 %, éosinophilie 7 à 32 %.

Au point de vue complication : une hépatite parenchymateuse est apparue chez deux malades ; un collapsus orthostatique est apparu chez 3 schizophrènes catatoniques, et dans 2 cas d'excitation maniaque ; un syndrome pseudo-pellagroïde dans 18 cas ; des dermatites allergiques dans 17 cas, apparues entre le 15^e et le 30^e jour du traitement (enflures maculo-papuleuse à la face interne de l'avant-bras, à la face dorsale des mains, aux chevilles, au cou, au visage) ; éruption scarlatineuse avec prurit ; œdème de Quincke.

Pour éviter les réactions allergiques, les auteurs conseillent de mélanger le produit avec une forte proportion de novocaïne.

Phlébites atypiques dans 3 cas. Apparition de parkinsonisme chez 11 malades.

CHAMBON.

Modifications des albuminuries sériques chez les schizophrènes traités par l'aminazine, par N. N. LAPTEVA. (Chaire de physiopathologie et chaire de psychiatrie de l'Institut de perfectionnement médical, Moscou). (*Revue...*, p. 187-191).

Etudiées par électrophorèse chez 12 schizophrènes, et dans une psychose d'involution traitées par l'aminazine.

Modifications biologiques chez les malades mentaux traités par l'aminazine, par L. I. LANDO. (Institut de psychiatrie du Ministère de la Santé publique, Moscou). (*Revue...*, p. 180-186).

Propriétés pharmacologiques de l'aminazine et des autres dérivés de la phénothiazine, par M. D. MACHKOWSKI. (Institut chimico-pharmaceutique Ordjonikidze de Moscou). (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie*, t. 56, fasc. II, p. 81-93, Moscou, 1956).

L'aminazine est connue à l'étranger sous les noms de 4560 R.P., largactil, chlorpromazine, mégaphène, propaphéninn, thorazine, hiberna, ampliactif.

CHAMBON.

Influence inhibitrice de l'aminazine (largactil) sur l'effet central de l'excitation pathologique, par V. G. AGATONOV. (Laboratoire de physiologie de l'Institut de chirurgie de Moscou). (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie*, p. 94-103).

En comparant les données de la littérature et les données de son expérimentation sur 35 lapins, l'auteur arrive à ces conclusions :

1) Le lieu d'action de l'aminazine dans le système nerveux central est la substance réticulée du tronc cérébral.

2) Le mode d'action serait la dépression de l'influence activatrice de la substance réticulée sur le cortex.

3) Cette dépression contribuerait à inhiber l'activité corticale, à développer l'état du sommeil, à diminuer sensiblement les réponses de l'organisme aux excitants extérieurs.

4) L'aminazine exerce une influence inhibitrice sur les fonctions de l'ensemble de la substance réticulée, y compris l'hypothalamus postérieur, ce qui explique son action hypothermisante.

CHAMBON.

Action de l'aminazine sur l'activité nerveuse supérieure des chiens, par S. D. KAMINSKI et V. I. SAVTCHOUK. (Laboratoire de physiopathologie de l'activité nerveuse supérieure de l'Institut de psychiatrie du ministère de la santé publique, Moscou). (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie*, p. 104-115).

Ces auteurs se sont proposé d'expliquer :

1) L'état des processus stimulateurs et inhibiteurs corticaux en fonction des doses appliquées et des types de système nerveux, et en particulier d'étudier l'état de la portion corticale de l'analysateur moteur.

2) Le caractère des réflexes « inconditionnés » en tant que traduction de l'état fonctionnel du sous-cortex. Cette étude a été faite sur 10 chiens. 1.300 expériences ont été réalisées, en appliquant la technique des réflexes conditionnés. On a ainsi mis en évidence que l'aminazine diminue l'action du processus stimulateur.

Le degré de cet abaissement dépend du type de système nerveux du chien et croît proportionnellement aux doses employées. En utilisant de petites doses, on a remarqué que ce sont les processus purement corticaux qui sont les premiers touchés, ensuite seulement interviennent des modifications dans le sous-cortex et dans les autres régions du système nerveux.

En utilisant de plus fortes doses, cette inhibition s'exagère et irradie dans les différentes régions du cerveau. Cette irradiation s'est traduite par la disparition successive des réflexes conditionnés artificiels, puis du réflexe conditionné naturel, enfin par l'abaissement des réflexes « inconditionnés ».

Il semble que ce soit « l'analysateur moteur » qui est le plus sensible à cette inhibition.

CHAMBON.

Caractéristiques de l'activité des réflexes conditionnés des chiens sous l'effet de l'aminazine, par A. T. CHOUMILINA. (Laboratoire de physiologie de l'Institut de chirurgie de Moscou. (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie*, p. 116-120).

De son expérimentation selon la technique des réflexes conditionnés sur 4 chiens, cet auteur conclut que, contrairement à ce que d'autres affirment, il n'est pas certain que l'aminazine exerce une influence inhibitrice immédiate sur le cortex mais qu'au contraire cette influence s'exercerait par l'intermédiaire d'une action immédiate sur les structures sous-corticales et en particulier sur l'hypothalamus.

CHAMBON.

Le traitement de l'état de mal convulsif par infiltration barbiturique du cerveau, par F. JELASIC (Pula) (*La Presse médicale*, N° 17 du 29-2-1956).

L'état de mal convulsif comporte encore une assez grande mortalité. Les médicaments anti-convulsifs, entrés dans le cerveau par l'intermédiaire de la circulation, n'exercent pas seulement une action sur le foyer épileptique mais aussi sur les autres parties du cerveau. De très fortes doses seulement peuvent calmer l'activité pathologique du cerveau, mais elles bloquent les centres subcorticaux et augmentent le coma. Expérimentalement, l'action inhibitoire des barbituriques injectés directement sur le cerveau a été montrée. Après l'infiltration barbiturique du cerveau, l'excitabilité électrique du cerveau était diminuée. Dans un cas de contusion cérébrale et d'état de mal convulsif, après l'échec du traitement habituel, l'infiltration barbiturique de la partie contusionnée du cerveau a fait cesser les attaques épileptiques.

Paul ABÉLY.

Etat actuel de quelques chapitres de pathologie médicale E. E. G. et séquelles de traumatismes craniens, par P. SOUCACHET (Clermont-Ferrand) (*La Presse médicale*, n° 17 du 29-2-1956).

Après avoir passé en revue les différentes anomalies que l'on peut rencontrer chez les anciens traumatisés craniens, on est en droit de se demander quelle est la place de l'électro-encéphalographie dans ce domaine. Dans beaucoup de cas, cette technique n'apportera que peu d'éléments, son utilisation médico-légale nécessite une prudence extrême, un syndrome subjectif très accentué pouvant coïncider avec un tracé normal, alors qu'un tracé complètement désynchronisé peut être d'un sujet qui ne se plaint d'aucun trouble.

Par contre, il se révélera irremplaçable pour dépister une épilepsie débutive ou pour orienter précocement vers le neuro-chirurgien un malade porteur d'une lésion opérable. Il donne rarement à lui seul la clé d'un diagnostic. Mais, mis entre les mains d'un neurologue qui le juge comme un examen parmi d'autres, il s'intègre tout naturellement dans un ensemble de données cliniques et para-cliniques, au sein desquelles il ne peut manquer de prendre une place prépondérante et un caractère indispensable.

Travail effectué au Centre régional de contrôle et de prévention de la sécurité sociale à Clermont-Ferrand.

Paul ABÉLY.

Essai de corticothérapie de la sclérose en plaques, par P. COSSA, J. POSTEL, BOCHOR, CAMUZARD et MME TARTAR (Nice). (*La Presse médicale*, n° 20 du 10 mars 1956).

Les auteurs rapportent six observations de sclérose en plaques traitées par l'A.C.T.H. et la cortisone. Ils ont observé un seul résultat assez heureux ; dans trois cas, la rémission d'une poussée évolutive a été constatée, sans que l'on puisse dire si elle était due au traitement ; dans trois cas, la cure s'est accompagnée d'incidents évoquant une réaction focale ; ces incidents n'ont été sérieux qu'une fois. Au total, il ne semble pas que la corticothérapie ait apporté une arme véritablement efficace contre la sclérose en plaques.

Paul ABÉLY.

Les polynévrites de l'isoniazide, par MM. Ed. BENHAMOU et M. TIMSIT (Alger) (*La Presse médicale*, n° 10 du 4 février 1956).

La polynévrite est un accident relativement fréquent, et comme la « réaction » des hautes doses d'isoniazide, telles qu'on les prescrit dans certaines formes graves de la tuberculose, et en particulier dans la méningite tuberculeuse ; chez 18 malades atteints de méningite tuberculeuse et recevant des doses de 15 à 25 mgr./kgr., 8 furent atteints de polynévrite plus ou moins sévère. Or on sait, depuis les expériences de Vilter, Mueller et Glazer sur des volontaires prenant un métabolite antagoniste de la vitamine B₆, la désoxypyridoxine, qu'on peut créer de telles polynévrites et qu'on peut les guérir rapidement par la suppression de l'anti-vitamine B₆ et par l'administration de pyridoxine ou vitamine B₆. Il en est de même pour les polynévrites de l'isoniazide, qui guérissent, soit par la suppression de l'isoniazide, soit par les injections intra-musculaires de pyridoxine, à la dose de 200 à 400 mgr. par jour. Tout se passe comme si l'isoniazide se comportait, au même titre que la désoxypyridoxine, comme une anti-vitamine B₆ et comme si les polynévrites de l'isoniazide et de la désoxypyridoxine étaient des manifestations d'avitaminose B₆. Certaines réactions biochimiques d'ailleurs, en plus de l'épreuve thérapeutique, semblent autoriser une telle interprétation pathogénique des polynévrites de l'isoniazide ; c'est l'augmentation de la pyridoxine dans les urines des malades, prenant de fortes doses d'isoniazide ou carencés en vitamine B₆ par la désoxypyridoxine ; c'est la persistance d'une élévation du chiffre de l'urée sanguine douze à vingt-quatre heures après absorption de 30 gr. d'alanine, ces réactions traduisant une carence en vitamine B₆. Après Biehl et Vilter, les auteurs ont pu

confirmer l'action préventive de la pyridoxine sur les polynévrites de l'isoniazide ; des doses quotidiennes de 200 mgr. de pyridoxine, injectées dès le début du traitement par les hautes doses d'isoniazide, permettent d'éviter, dans l'immense majorité des cas, l'apparition d'une polynévrite ; et quand celle-ci survient, il suffit de diminuer la dose d'isoniazide sans même la supprimer, et d'augmenter celle de la vitamine B6, pour voir rétrocéder rapidement la polynévrite et les syndromes qui l'accompagnent.

Paul ABÉLY.

Le largactil dans les troubles psychiques, par A. PIEKARSKA (*Neurologia Neurochirurgia i Psychiatria Polska*, n° 6, 1955).

L'auteur décrit les techniques et discute les résultats des premiers essais de traitement par le largactil pendant la période s'étendant de novembre 1954 à avril 1955 à la clinique psychiatrique de Varsovie. Il a traité 37 patients : 20 hommes et 17 femmes, de 21 à 61 ans. Plus de 90 % des malades avaient auparavant été traités une ou plusieurs fois par des méthodes actives, sans résultat. Les critères de sélection des cas et les méthodes de traitement au largactil furent ceux donnés par les auteurs suisses. La durée du traitement s'étalait de 2 à 4 mois, et les doses maximales de 150 à 600 mgr. par 24 heures.

Les meilleurs résultats obtenus le furent dans la schizophrénie à forme paranoïde (15 cas dont 2 cas de stupeur secondaire), dans les états maniaques de la psychose circulaire (6 cas), dans les psychoses d'involution (2 cas).

De bons résultats furent obtenus dans les phases dépressives de la psychose circulaire (3 cas) et, en règle générale, un échec dans les graves atteintes schizophréniques (6 cas), la schizophrénie simple (2 cas) et l'artériosclérose cérébrale (3 cas).

P. KRAMARZ.

L'utilité thérapeutique de l'association largactil-électrochoc (La utilidad terapéutica de la asociación largactil-electrochoque), par Manuel Guria AIZPÚN. (*Informaciones psiquiátricas*, San Baudilio de Llobregat (Espagne), vol. 1, n° 1, 4^e trimestre 1955, p. 7-14).

L'auteur a employé l'association largactil-électro-choc. La chlorpromazine a été administrée, soit en injection, soit *per os*, à doses modérées. L'électrochoc a été pratiqué une ou deux fois par semaine. Cette association thérapeutique est très efficace en psychiatrie, comme cela a été observé dans les sept cas rapportés ici pour lesquels d'autres traitements intensifs avaient échoué.

V.-J. DURAND.

Le reclassement et la réintégration dans la vie sociale des malades mentaux traités dans les centres de cure. Contribution des sociétés de croix-marine, par Pierre DOUSSINET et H. COURBAIRE DE MARCILLAT. (*Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 1955, n° 2, p. 43-55).

Le reclassement et la réintégration dans le milieu social et professionnel des malades mentaux sortis représentent un important problème. Pour être

possibles, ils nécessitent, d'abord, chez le sujet intéressé, l'absence de réactions anti-sociales, l'existence d'une sociabilité habituelle suffisante, la stabilité, au moins relative, de l'état mental. Mais il faut aussi que l'ancien malade trouve, au dehors, soutien, appui, conseils. Les sociétés de croix-marine s'emploient à exercer les modalités diverses de protection et d'entraide : surveillance et entraide psychologique et sociale, placement familial surveillé, mise en œuvre d'organismes d'encadrement social. Les offices sociaux ou de reclassement et de protection tutélaire comprennent trois éléments : foyer d'accueil, délégué à la protection tutélaire, service technique médico-social. Les patronages de semi-liberté sont un des types d'organismes d'encadrement social. Il faut souhaiter que la législation prévoit un statut légal de protection spéciale des diminués psychiques.

V.-J. DURAND.

Psycho-chirurgie sélective, par J. LE BEAU (de Paris). (*Maroc médical*, 34^e année, n° 360, mai 1955, p. 630-635).

L'auteur rappelle, d'abord, les fonctions essentielles du lobe préfrontal, dans ses différents segments de cortex granulaire, dysgranulaire et agranulaire. Puis, il décrit les indications de la psycho-chirurgie : douleurs irréductibles, névroses typiques, grandes psychoses. Les techniques opératoires sont diverses : lobotomie préfrontale, section sous-corticale de Scoville, résections corticales. L'auteur n'est pas partisan de la première ; il préfère les méthodes de psycho-chirurgie sélective, dont les résultats lui paraissent favorables dans les indications précisées : 70 % dans les névroses, 52 % dans les psychoses, 58 % dans l'épilepsie. Dans certaines affections neurologiques, dans les douleurs irréductibles, l'opération peut être efficace. Malgré quelques risques et des échecs, la psycho-chirurgie reste une technique valable, surtout si on emploie la variété sélective. Cinq figures.

V.-J. DURAND.

Commentaires sur notre statistique de 155 malades lobotomisés (Comentarios sobre nuestra estadística de 155 enfermos lobotomizados), par O. TORRAS et J. BEÀ. (*Anales de medicina*, Barcelone, vol. 41, n° 3, septembre 1955, p. 227-230).

155 malades mentaux furent soumis à la lobotomie, dont 139 par la méthode de Freeman et 16 par celle de Moniz. Il s'agissait essentiellement de schizophrènes. Le premier type d'opération donna 63 % d'améliorations (dont 31 % avec sortie) ; le second type seulement 23 % (dont 14 % de sortie). Les hétérophrénies et les paraphrénies ont moins bien réagi que les formes catatoniques.

V.-J. DURAND.

Observations sur une nouvelle préparation antiépileptique : la mysoline (Osservazioni su di un nuovo preparato antiepilettico : il mysoline), par Alvaro PATUELLI (d'Imola). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 4, 1955, p. 515-523).

Exposant rapidement les travaux récents sur l'emploi de la mysoline, l'auteur présente 21 cas d'épilepsie traités par ce produit. Après avoir rap-

pelé les favorables résultats obtenus, il conclut que ce médicament doit être utilisé dans les cas rebelles à une autre thérapeutique, d'autant plus que ne fut constaté aucun effet secondaire nocif.

V.-J. DURAND.

Syringomyélie et traitement vitaminique intrarachidien (Siringomielia e trattamento vitaminico endorachideo), par Giuseppe GARITTA (de Trapani). (*Il cervello*, 31^e année, n° 5, 15 septembre 1955, p. 407-410).

A propos d'une observation personnelle, l'auteur montre l'intérêt de l'emploi, par voie intra-rachidienne, de vitamine B1, dans le traitement de la syringomyélie. Les résultats obtenus sont d'autant plus favorables que les injections sont pratiquées à un stade précoce où les lésions sont encore réversibles.

V.-J. DURAND.

Recherches thérapeutiques avec un des alcaloïdes de la *Rauwolfia serpentina* (Investigações terapêuticas com um dos alcaloïdes da *Rauwolfia serpentina*), par J. Alves GARCIA et Luzitano R. FERRERA. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 4, n° 3, 1955, p. 279-287).

De leurs essais thérapeutiques avec la réserpine, les auteurs concluent que cet alcaloïde n'est ni hypnotique, ni sédatif, ni analgésique. Elle agit comme inhibitrice du système nerveux autonome, avec prédominance des effets parasympatho-mimétiques. Les indications sont : états d'excitation, d'angoisse, d'anxiété, d'inquiétude, avec sympathicotonie ou amphotonie. La pharmacologie de la réserpine semble très complexe. Par association avec les ganglioplégiques, les auteurs ont obtenu un effet de potentialisation. Moyennant quelques précautions, le médicament est bien toléré.

V.-J. DURAND.

Intérêt de l'isoniazide en psychiatrie (Interesse dell'isoniazide in psichiatria), par G. MACCAGNANI (d'Imola). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 79, fasc. 2, 30 juin 1955, p. 415-446).

Après une revue générale détaillée et une étude des statistiques publiées antérieurement, l'auteur examine les rapports de l'isoniazide avec le système nerveux, envisage les incidents neurologiques et psychiques possibles, indique les résultats obtenus dans le traitement des troubles mentaux chez les tuberculeux et dans la thérapeutique de quelques affections psychiques. Il rapporte également les résultats de ses expériences cliniques chez des malades mentaux non tuberculeux et propose des hypothèses expliquant l'action du médicament, particulièrement favorable dans les états dépressifs. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contributions cliniques ultérieures à la thérapeutique sous-arachnoïdienne : résultats obtenus dans le triennat 1952-1954. I. Lepto-méningite (Ulteriori contributi clinici alla terapia subaracnoidea : risultati ottenuti nel triennio 1952-1954), par Giuseppe Andrea BUSCAINO (de Cagliari). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 1, janvier-février 1955, p. 61-72).

La thérapeutique iodée sous-arachnoïdienne imaginée par V. M. Buscaino a permis d'établir, chez 61 malades atteints d'arachnoïdite spinale, 8 guérisons, 34 améliorations marquées, 11 plus modestes. Même dans les cas chroniques, l'efficacité a été nette. Sur 22 sujets présentant une arachnoïdite opto-chiasmatique, il y eut 4 guérisons, 10 améliorations notables, 7 légères. Enfin, dans 7 cas d'arachnoïdite de la voûte ou de la base, l'auteur observe 2 guérisons et 5 améliorations marquées. L'effet thérapeutique n'est pas atteint si la substance introduite par voie sous-arachnoïdienne est l'acide nicotinique. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Contributions cliniques ultérieures à la thérapeutique sous-arachnoïdienne : résultats obtenus dans le triennat 1952-1954. II. Endo-cranioses (Ulteriori contributi clinici alla terapia subaracnoidea : risultati ottenuti nel triennio 1952-1954. II. Endocraniosi), par Giuseppe Andrea BUSCAINO (de Cagliari). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 1, janvier-février 1955, p. 73-75).

Par la thérapeutique iodée sous-arachnoïdienne, divers auteurs, dans 24 cas d'endocranioses, ont pu obtenir 7 guérisons, 8 améliorations sensibles et 5 améliorations partielles. Ces résultats favorables confirmeraient indirectement l'origine et la pathogénie inflammatoires des endocranioses, qu'il serait préférable de désigner par le nom de méningo-endocranioses,

V.-J. DURAND.

Contributions cliniques ultérieures à la thérapeutique sous-arachnoïdienne : résultats obtenus dans le triennat 1952-1954. III. Hydrocéphalie primitive (Ulteriori contributi clinici alla terapia subaracnoidea : risultati ottenuti nel triennio 1952-1954. III. Idrocefalo primitivo), par Giuseppe Andrea BUSCAINO (de Cagliari). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 2, mars-avril 1955, p. 153-155).

On a employé la thérapeutique iodée sous-arachnoïdienne dans 13 cas d'hydrocéphalie primitive (aiguë ou chronique). On a obtenu 8 guérisons, 3 améliorations importantes, une amélioration partielle. Dans l'ensemble, le traitement est plus efficace dans les formes récentes : 100 % de succès pour les cas de moins d'un an, 66 % après.

V.-J. DURAND.

Contributions cliniques ultérieures à la thérapeutique sous-arachnoïdienne : résultats obtenus dans le triennat 1952-1954. IV. Épilepsie (Ulteriori contributi clinici alla terapia subaracnoidea : risultati ottenuti nel triennio 1952-1954. IV. Epilessia), par Giuseppe Andrea BUSCAINO (de Cagliari). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 2, mars-avril 1955, p. 156-162).

La thérapeutique iodée sous-arachnoïdienne a été employée dans 63 cas d'épilepsie symptomatique (par foyer inflammatoire, post-traumatique, cryp-

togénétique, etc...), elle a permis de guérir 10 malades, d'en améliorer notablement 22, et partiellement 14. L'injection intra-rachidienne d'acide nicotinique n'a donné aucun résultat. Dans 56 cas d'épilepsie « essentielle », il y eut 2 guérisons, 5 améliorations importantes et 9 légères. L'auteur pense qu'il existait peut-être dans ces cas un foyer épileptique, sans doute par atteinte méningée, non décelable, même par l'électro-encéphalographie.

V.-J. DURAND.

Contributions cliniques ultérieures à la thérapeutique sous-arachnoïdienne : résultats obtenus dans le triennat 1952-1954. V. Encéphalites à virus. Névraxites (Ulteriori contributi clinici alla terapia subaracnoidea: risultati ottenuti nel triennio 1952-1954. V. Encefaliti virosiche. Nevrasiti), par Giuseppe Andrea BUSCAINO (de Cagliari). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 2, mars-avril 1955, p. 163-167).

La thérapeutique sous-arachnoïdienne avec des dérivés iodés appliquée dans 18 cas de névraxite a donné : 3 guérisons, 9 améliorations notables, 5 améliorations partielles. Elle s'est montrée d'une moindre efficacité pour les encéphalites, surtout à évolution subaiguë ou chronique, ainsi que dans des affections du système extrapyramidal. La thérapeutique sous-arachnoïdienne réalisée à l'aide de l'acide nicotinique dans 14 cas de névraxites a permis d'observer 4 guérisons, 6 améliorations importantes et 4 légères.

V.-J. DURAND.

Contributions cliniques ultérieures à la thérapeutique sous-arachnoïdienne : résultats obtenus dans le triennat 1952-1954. VI. Chorée de Sydenham (Ulteriori contributi clinici alla terapia subaracnoidea: risultati ottenuti nel triennio 1952-1954. VI. Corea acuta di Sydenham), par Giuseppe Andrea BUSCAINO (de Cagliari). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 3, mai-juin 1955, p. 299-303).

Le traitement par l'acide nicotinique intra-rachidien employé chez 44 malades atteints de chorée aiguë de Sydenham a permis d'obtenir 33 guérisons, 9 améliorations importantes et une moins marquée. On peut invoquer l'action normalisante sur le métabolisme du fer, dont les altérations ont été observées au cours de la chorée de Sydenham.

V.-J. DURAND.

Contributions cliniques ultérieures à la thérapeutique sous-arachnoïdienne : résultats obtenus dans le triennat 1952-1954. VII. Sclérose en plaques. Sclérose latérale amyotrophique. Sclérose syphilitique (Ulteriori contributi clinici alla terapia subaracnoidea: risultati ottenuti nel triennio 1952-1954. VII. Sclerosi a placche. Sclerosi laterale amiotrofica. Sclerosi luetica), par Giuseppe Andrea BUSCAINO (de Cagliari). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 3, mai-juin 1955, p. 304-311).

La thérapeutique nicotinique sous-arachnoïdienne employée dans 52 cas de sclérose en plaques a donné 3 guérisons, 32 améliorations sensibles,

8 améliorations plus limitées. Dans 9 cas de sclérose latérale amyotrophique, les résultats ont été assez médiocres. Le traitement iodé sous-arachnoïdien n'a montré aucune efficacité dans la sclérose en plaques et dans les autres formes de scléroses dégénératives.

V.-J. DURAND.

Contributions cliniques ultérieures à la thérapeutique sous-arachnoïdienne : résultats obtenus dans le triennat 1952-1954. VIII. Myélites Poliomyélites. (Ulteriori contributi clinici alla terapia subaracnoidea : risultati ottenuti nel triennio 1952-1954. VIII. Mieliti. Poliomieliti), par Giuseppe Andrea BUSCAINO (de Cagliari). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 4, juillet-août 1955, p. 499-508).

La thérapeutique sous-arachnoïdienne iodée dans 34 cas de myélites a donné 11 guérisons, 6 améliorations notables, 9 améliorations légères. La thérapeutique nicotinique par la même voie, dans 19 cas de myélites, a permis d'obtenir 7 guérisons, 8 améliorations importantes et 2 discrètes. Dans les poliomyélites, les résultats n'ont été favorables (surtout avec la thérapeutique nicotinique), que dans les cas datant de moins d'un mois. Dans les formes avec atteinte médullaire prépondérante (méningo-myélites, méningo-radiculomyélites, etc...), l'iode a donné 8 guérisons, 12 améliorations marquées et 7 partielles, tandis que l'acide nicotinique a permis d'observer 2 guérisons, 9 améliorations notables et 5 légères dans 24 cas.

V.-J. DURAND.

Contributions cliniques ultérieures à la thérapeutique sous-arachnoïdienne : résultats obtenus dans le triennat 1952-1954. IX. Maladies du système nerveux périphérique (Ulteriori contributi clinici alla terapia subaracnoidea : risultati ottenuti nel triennio 1952-1954. IX. Malattie del sistema nervoso periferico), par Giuseppe Andrea BUSCAINO (de Cagliari). (*Acta neurologica*, 10^e année, n° 4, juillet-août 1955, p. 509-523).

La thérapeutique iodée sous-arachnoïdienne, dans 23 cas de maladies des nerfs périphériques (névrites, polynévrites, radiculites, etc...), a permis d'obtenir 5 guérisons, 12 améliorations sensibles et 3 partielles. Avec l'acide nicotinique, chez 22 malades du même type, il y a eu 5 guérisons, 9 améliorations importantes, 7 plus limitées. Chez 37 patients atteints de douleurs lancinantes tabétiques, l'iode a amené la disparition totale des troubles dans 10 cas, une amélioration importante dans 19 cas, une atténuation dans 6. Chez 6 tabétiques avec atrophie optique, l'iode a produit 4 améliorations marquées et une limitée. Pour le tabès, l'acide nicotinique s'est montré inefficace. Dans les affections mixtes à participation lepto-méningée et périphérique, mais sans atteinte médullaire, l'iode a donné, sur 14 cas, 9 guérisons, 3 améliorations notables, une plus modeste. Dans des cas similaires, l'acide nicotinique a permis d'obtenir 2 guérisons, 2 grandes améliorations et une partielle.

V.-J. DURAND.

Chlorpromazine et réserpine en thérapeutique psychiatrique (Cloropromazina et reserpina in terapia psichiatrica), par C. SIMISI et R. VIZIOLI (de Naples). (*L'Ospedale psichiatrico*, 23^e année, fasc. 1, janvier-mars 1955, p. 83-95).

Les auteurs donnent les résultats obtenus chez quinze malades, atteints surtout d'excitation maniaque, en les soumettant d'abord au largactil et, ensuite, à la réserpine. Ils montrent l'utilité de cette thérapeutique combinée dans les cas qui n'avaient pas cédé complètement à la chlorpromazine. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Rapport sur les dangers des amphétamines, par Hubert MIGNOT. (*L'Hygiène mentale*, 44^e année, n° 2, 1955, p. 66-78).

Dans ce rapport, à la commission des maladies mentales du conseil permanent d'hygiène sociale l'auteur, après un rappel des propriétés pharmacodynamiques des amphétamines et de leurs indications thérapeutiques, montre l'aspect social pris par l'absorption injustifiée de ces produits et étudie le problème de la toxicomanie amphétaminique. Les accidents signalés doivent amener à envisager des mesures de protection. Le classement au tableau B semble disproportionné. La meilleure précaution serait sans doute de supprimer toutes les exonérations légales d'ordonnance. Il ne faudrait pas délivrer sans ordonnance, non seulement les amphétamines pures, mais aussi les associations médicamenteuses où entrent ces corps. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Suggestion pour une nouvelle modalité de thérapeutique psychiatrique (Sugestão para uma nova modalidade de terapeutica psiquiatrica), par Jarbas PERNAMBUCANO. (*Anais de faculdade de medicina do Recife*, vol. 12, n° 1, juillet 1954, p. 11-21).

L'auteur, étudiant le mécanisme d'action de la sismothérapie et celui de l'inhalation d'anhydride carbonique, conseille d'employer une méthode combinant les deux modes de traitement. L'anhydride carbonique est utilisé à la concentration de 15 % dans l'oxygène, il est inhalé par le malade de 30 à 40 fois au rythme d'une respiration normale. Le courant électrique est appliqué par des électrodes fronto-temporales, sous 65 volts pendant deux dixièmes de seconde. Ce procédé peut convenir au traitement d'états dépressifs et d'autres affections psychiques liées à une hypoactivité hypothalamique. Il ne comporte pas de complications, même chez des sujets souffrant d'atteinte cardiaque. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Rééducation physique des troubles neuro-psychiques, par JOAO DOS SANTOS (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 5, n° 5, décembre 1953, p. 118-138).

Même quand il s'agit de paralysies ou de mouvements involontaires, la rééducation est d'abord psychologique et pédagogique. Il faut intéresser le malade au mouvement et le guider vers un idéal de santé compatible avec

un nouvel équilibre déficitaire. L'auteur considère successivement différentes situations : 1) Estropiés et, particulièrement, amputés : la rééducation a pour but de résoudre le problème psychologique du sujet, de l'amener à envisager son déficit, ses angoisses, et à se servir de toutes ses possibilités sensorielles et dynamiques. 2) Paralysés : on conseille des exercices tendant à tonifier les muscles sains et à corriger la tendance dépressive. 3) Débiles mentaux : l'exercice sert à développer l'intelligence. 4) Malades atteints de troubles caractériels : adopter des exercices de dispersion, des jeux de mouvement ; intégrer le sujet au groupe par des exercices utilitaires. 5) Névrotiques : corriger le tonus, la respiration, l'intégration latérale, l'inhibition. 6) Malades mentaux : employer des jeux et des exercices pouvant servir à intégrer le malade à un groupe. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Influence de la procaine intra-veineuse sur les pseudo-perceptions (Influencia de procaina intra-venosa sobre as pseudo-percepções), par ZALDO ROCHA, ENÓE PEIXOTO DE CARVALHO et JOSÉ MARIA NASCIMENTO PEREIRA. (*Neurobiologia*, Recife, t. 17, n° 2, juin 1954, p. 124-140).

Rappelant les travaux français sur l'emploi de la procaine intraveineuse dans le traitement des hallucinations, les auteurs rapportent six observations personnelles. Il s'agissait de phénomènes pseudo-perceptifs de type hallucinosique. L'effet de la thérapeutique a été favorable. L'emploi de cette méthode pourrait être recommandé dans tous les cas de pseudo-perceptions nettement objectivées et intensément perçues, avec prédominance de la composante esthétique sur la composante intellectuelle. On pourrait, pour les auteurs, obtenir également le blocage des formations délirantes qui s'édifient sur ces phénomènes psycho-sensoriels.

V.-J. DURAND.

Thérapeutique des accidents de l'antabus-alcool par la bêta-phénylisopropylamine (Terapia degli accidenti da antabus-alcool mediante betafenilisopropilamina), par FRANCO ZAPPI et MARCELLO MILLEFIORINI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 5, septembre-octobre 1955, p. 725-732).

Des lapins traités avec l'antabus (2 gr. *per os*) et ensuite soumis à l'alcool éthylique (solution : alcool 5 cm³, eau 5 cm³, *per os*) ont présenté des signes de coma, avec perte des matières et de l'urine. D'autres lapins, qui ont reçu par injections sous-cutanées de la bêta-phénylisopropylamine (20 mgr.), avant l'absorption d'alcool, ne montrèrent aucun trouble. D'après ces observations, les auteurs concluent que la bêta-phénylisopropylamine (sympamine) est un moyen efficace pour combattre les réactions compliquées antabus-alcool dans le traitement des éthyliques.

V.-J. DURAND.

L'usage des thiobarbituriques dans la phase post-convulsive de l'électrochoc (L'uso dei tiobarbiturici nella fase post-convulsiva dell'elettroshock), par DOMENICO CORBINO (de Livourne). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 5, septembre-octobre 1955, p. 733-740).

Dans la phase post-convulsive de l'électro-choc, l'auteur injecte par voie intraveineuse 10 à 20 cgr. d'un thiobarbiturique. Il évite ainsi l'agitation

psycho-motrice, la confusion mentale, l'anxiété, qui peuvent se voir à la phase post-critique. En cas d'électro-absences, dans les chocs partiels, on emploie de 20 à 30 cgr. de pentothal sodique. De plus, de 2.000 applications de cette subnarcose post-convulsive, l'auteur conclut à l'efficacité de cette méthode, à son absence de complications. Il la préfère à la subnarcose préventive, antérieure à l'électro-choc. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Récents progrès dans le traitement médical de quelques dyscrasies neuropsychiatriques (Recientes adelantos en el tratamiento medico de algunas discrasias neuropsiquiátricas), par Frederick F. YONKMAN. (*Acta neuro-psiquiatrica argentina*, vol. 1, n° 4, juillet 1955, p. 392-400).

L'auteur étudie, à l'aide des expériences chez l'animal et des applications cliniques chez des malades mentaux, l'activité thérapeutique de la chlorpromazine et de la résérpine. Il compare les propriétés pharmacologiques des deux produits, montre la valeur de leur efficacité, souhaitant que certains progrès chimiques puissent permettre de supprimer divers inconvénients. De longues citations sont faites de travaux expérimentaux chez le chien et chez le singe *Macacus rhesus*. Six figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les antibiotiques dans les maladies infectieuses du système nerveux (Gli antibiotici nelle malattie infettive del sistema nervoso), par Vincenzo FLORIS et Paolo SEVERINI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 5, septembre-octobre 1955, p. 703-724).

Dans des encéphalites métastatiques otogènes à pyogènes, la pénicilline suffit à dominer rapidement l'infection. Dans les encéphalites aiguës disséminées, la pénicilline et la streptomycine agissent peu, tandis que la terramycine à doses élevées arrête le processus et fait souvent rétrocéder les troubles. Dans un cas d'encéphalite sclérosante subaiguë, de type van Bogaert, la régression des symptômes neurologiques et psychiques fut complète. Le même traitement, utilisé dans la sclérose en plaques, a donné des résultats médiocres. Six figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Premières observations sur l'effet du traitement avec le largactil de formes diverses d'épilepsie (Prime osservazioni sull'effetto del trattamento con largactil di forme diverse di epilessia), par Romolo ROSSINI et Giorgio ZANOTTO (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 5, septembre-octobre 1955, p. 808-816).

Chez six jeunes épileptiques, l'emploi du largactil ne semble pas modifier ou peu diminuer les crises majeures. Il y a, au contraire, activation des dysrythmies électro-encéphalographiques paroxystiques avec aspect de pointes avec ondes ou de petit mal myoclonique. A propos de ces essais thérapeutiques, les auteurs évoquent certains travaux antérieurs sur la chlorpromazine et sur les mécanismes du petit mal et du petit mal myoclonique. Six figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le comportement de quelques fonctions neuro-végétatives dans la thérapeutique des psychonévroses avec les neuroplégiques (largactil). (Il comportamento di alcune funzioni neuro-vegetative nella terapia con neuroplegici (largactil) delle psiconevrosi), par Mario MONTANARI et Anna Maria GINA (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 4, 1955, p. 433-475).

Les auteurs ont pratiqué, chez dix psychonévrotiques, de nombreuses épreuves neuro-végétatives avant et après traitement par le largactil. Ils ont observé quelques rapports entre les modifications produites par le neuroplégique sur le système nerveux végétatif ainsi que les résultats thérapeutiques. Dans l'ensemble, il n'y a pas concordance des variations suivant les territoires observés chez un même malade. Cependant, chez les psychonévrotiques, on peut considérer comme prédominante la tendance sympathique dans les formes hyperesthésiques, surtout si elles sont associées à une forte composante émotive ou anxieuse. Dans les autres cas, il y a prévalence de réponses parasympathiques ou mixtes. La chlorpromazine peut modifier l'orientation neuro-végétative dans les deux sens, avec tendances surtout para-sympathiques. Parfois, elle détermine une régularisation des modifications excessives. Les résultats obtenus sont favorables dans les formes psychonévrotiques à riche composante émotive, c'est-à-dire où prédominent les déviations dans le sens sympathicotonique. Chez ces malades, l'amélioration clinique s'accompagne d'un retour à la normale ou, dans le sens para-sympathicotonique, des modifications neuro-végétatives antérieures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Chirurgie de l'épilepsie sous repérage électro-corticographique, par A. MASSEBEUF, J. LEBASCLE, J.-P. KINCHER et R. ACQUAVIVA (de Casablanca). (*Maroc médical*, 34^e année, n° 360, mai 1955, p. 611-614).

Les auteurs rappellent les principes du repérage électro-corticographique d'un foyer épileptogène. A titre d'exemple, ils décrivent trois observations. Cette chirurgie d'exérèse a donné, récemment, à Guillaume et Mazars : 70 % de résultats excellents ou bons, 20 % d'amélioration. Il faut réserver ce traitement à des formes graves ou rebelles d'épilepsie corticale. Peut-être, cependant, les progrès de l'électro-corticographie permettront-ils de comprendre, parmi les indications, des formes moins sévères.

V.-J. DURAND.

Le largactil en thérapeutique neuro-psychiatrique (El largactil en terapeutica neuropsiquiatrica), par Julio Endara CARDENAS. (*Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2^e époque, vol. 3, n° 11, juillet-septembre 1955, p. 347-456).

L'auteur fait une révision complète des travaux concernant l'emploi de la chlorpromazine en thérapeutique neuro-psychiatrique, rappelant également les recherches expérimentales sur les mécanismes d'action du produit. Les indications sont maintenant bien précises, de même les contre-indications. Quant aux doses, elles sont variables suivant les auteurs, les anglo-saxons

adoptant généralement une posologie plus élevée. L'auteur, qui rapporte ses observations personnelles, favorables dans l'ensemble, conseille 150 à 300 mgr. par jour dans les cas aigus, une dose plus élevée dans les cas chroniques. La chlorpromazine représente un progrès important en thérapeutique neuro-psychiatrique. Abondante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Résultats du traitement avec l'A.C.T.H. dans une clinique neurologique (Wyniki leczenia A.C.T.H. u. klinice neurologicznej), par Irena HAUSMANOWA, Krystyna WARECKA et Jersy MAJKOWSKI (de Varsovie). (*Neurologia, neurochirurgia i psychiatria polska*, t. 5, n° 5, 1955, p. 481-500).

Les auteurs rapportent les résultats obtenus avec un traitement à l'A.C.T.H. chez 61 malades de la clinique neurologique de l'Académie médicale de Varsovie. Il s'agissait des affections suivantes : chorée, autres types d'encéphalite d'origine rhumatismale, arthrites de Bechterew, radiculites rhumatoïdes, syndrome de Guillain-Barré, polynévrites diverses, sclérose multiple. Dans l'ensemble, les résultats sont favorables, sauf dans le dernier cas, où l'efficacité est douteuse. Pendant le traitement, certains changements bio-chimiques et bio-électriques sont constatés. Ils cessent après l'arrêt de l'administration d'A.C.T.H. Plusieurs tracés électro-encéphalographiques sont reproduits. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Essai de traitement du delirium tremens sur la base de données physiopathologiques (Próba leczenia delirium tremens W oparciu o dane patofizjologiczne), par Adam BUKOWCZYK (de Lodz). (*Neurologia, neurochirurgia i psychiatria polska*, t. 5, n° 5, 1955, p. 581-585).

L'auteur propose comme traitement du delirium tremens : l'administration intraveineuse de solutions glucosées, de vitamines B1, C, PP, de solutions chlorurées ou de Ringer par voie sous-cutanée. Il y a intérêt à associer des tonicardiaques. La cure dure de deux à quatre jours. Elle cesse avec la disparition des symptômes morbides. Cette thérapeutique, basée sur des données physiopathologiques, a permis à l'auteur 48 guérisons dans 49 cas. Dans les deux tiers des cas, l'amélioration apparut avant le deuxième jour.

V.-J. DURAND.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois de mai aura lieu le *lundi 28 mai 1956*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire et clinique* du mois de juin aura lieu le *lundi 11 juin 1956*, à 10 heures *très précises*, à l'amphithéâtre de l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement).

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre le décès du D^r Marcel ROUGEAN, médecin-chef du Bon-Sauveur, de Saint-Lô (Manche), *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique depuis 1939.

Légion d'honneur

Est nommé au grade de *chevalier* de la Légion d'honneur : M. Maurice-Charles-Eugène DELAVILLE, chef de laboratoire à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne (Paris).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D^r Ratandra RATSIMALA est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Plouguernevel (Côtes-du-Nord), en remplacement de M. le D^r FELLION, appelé à d'autres fonctions.

(J.O. du 24 mars 1956, p. 2819).

Mlle le D^r HAGUENAUER est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime), en remplacement de M. le D^r BENOISTON, appelé à d'autres fonctions.

M. le D^r MERCIER est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Ylie (Jura), poste créé.

M. le D^r HEMMI est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Bailleul (Nord), en remplacement de M. le D^r LAUNAY, appelé à d'autres fonctions.

(J.O. du 5 avril 1956, p. 3337).

M. le D^r POSTEL est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Sainte-Marie, à Nice.

(J.O. du 14 avril 1956, p. 3640).

Vacances de poste

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique Sainte-Catherine, à Yzeure (Allier).

(J.O. du 30 mars 1956, p. 3107).

Un poste de médecin-psychiatre départemental de la Corse est actuellement vacant.

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant au quartier psychiatrique de l'hôpital-hospice de Pontorson (Manche).

(J.O. du 8 avril 1956, p. 3463).

Les candidatures devront être adressées, dans un délai de trois semaines à compter de la publication du présent avis, au ministère de la santé publique et de la population, direction de l'administration générale, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17^e.

Mise en disponibilité

Mlle le D^r RANSON, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique Ste-Catherine, à Yzeure (Allier), est placée en position de disponibilité pour convenances personnelles, pour une durée d'un an, à compter du 7 avril 1956.

(J.O. du 24 mars 1956, p. 2819).

NOMINATIONS DIVERSES

A la suite de récents concours, ont été nommés dans les hôpitaux et hospices désignés :

Neuro-psychiatres :

M. le D^r SERGE, chef de service à l'hôpital de Versailles (Seine-et-Oise) ;

M. le D^r Olivier SABOURAUD, chef de service à l'hôpital d'Argenteuil (Seine-et-Oise) ;

M. le D^r Adolphe COURCHET, chef de service à l'hôpital de Melun (Seine-et-Marne) ;

M. le D^r Roger LEROY, chef de service de consultation à l'hôpital de Beaumont-sur-Oise.

Internat des hôpitaux psychiatriques (Montpellier).

A la suite du concours d'internat des hôpitaux psychiatriques de Montpellier, qui a eu lieu le 8 février 1956, Mlle B. DELMAS et Mlle D. RISACHER ont été proposées comme internes titulaires à la clinique psychiatrique de Font-d'Aurelle.

Inspection de la santé et de la population.

M. le D^r Eugène AUJALEU, inspecteur général de la santé et de la population, de 1^{re} classe, est maintenu en position de détachement en qualité de directeur au secrétariat d'Etat à la santé publique et à la population pour une période maximum de cinq ans, à compter du 1^{er} janvier 1956.

(J.O. du 23 mars 1956, p. 2775).

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques Concours 1956

Un concours aura lieu le 7 juin 1956 au ministère de la santé publique et de la population, pour le recrutement de vingt-cinq médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques (métropole, départements d'outre-mer).

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Ministère de la santé publique et de la population, direction de l'administration générale, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17^e.

(J.O. du 5 avril 1956, p. 3337).

Concours de l'Internat en Médecine 1956 des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Un concours pour l'internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine vient d'avoir lieu ; il s'est terminé le 14 avril 1956. Vingt places étaient mises au concours.

Le jury était composé de : D^r RICHARD (Président) ; D^{rs} CULLERRE, DESHAIES, MENUAU, SIVADON, TEULIÉ, WELTY.

Les questions sorties furent :

à l'écrit :

PATHOLOGIE MÉDICALE : Méningite tuberculeuse de l'adulte. Signes, diagnostic et traitement.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE : Signes, diagnostic et traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire.

ANATOMIE : Le noyau rouge ; anatomie et physiologie.

à l'oral :

Conduite à tenir devant une crise d'œdème aigu du poumon.

Conduite à tenir devant un coma barbiturique.

Conduite à tenir devant un sujet qui vient de subir un trauma crânien.

Conduite à tenir devant une hémoptysie.

Le concours s'est terminé par les résultats suivants :

Sont nommés internes titulaires dans le rang suivant :

MM. 1. FARGERON ; 2. BOBIN ; 3. DONNET ; 4. *ex-æquo*, PEYROUSSET, DEDIEU-ANGLADE ; 6. *ex-æquo*, COIFFU, MENDEL ; 8. AUDISIO ; 9. MONDOLINI ; 10. *ex-æquo*, LANTÉRI-LAURA, Mlle DIDON ; 12. NEYRAUT ; 13. Mlle MORDRET ; 14. *ex-æquo*, HUGUET, PÉRIER ; 16. *ex-æquo*, VANSTEENKISTE, GEIER, DE MIJOLLA ; 19. BLONDEL ; 20. NOËL.

Sont nommés internes provisoires :

MM. VERLOME, CHAZAUD, Mlle JACOTIN, JOUSSELIN, René ROBERT, PINEL, SIMATOS, CRAIGNON, PIRET, Mme ROUSSEAU, DAVID, BRICOURT, Mme COLLIN, MAUREY, VILLEY-DESMERETS, GIRAUD, LÉCUYER, RICHARD, ROMAND-HEUYER, Lucien LÉVY.

NOUVELLE SOCIÉTÉ

La Société française de médecine psychosomatique a été constituée le 21 mars 1956, au cours de la première assemblée générale. Le conseil élu a désigné son bureau, composé de :

Président : M. F. MOUTIER.

Vice-présidents : M. le professeur HEUYER et M. BOLGERT.

Secrétaire général : M. le professeur agrégé Pierre ABOULKER.

Secrétaires : MM. CHERTOK et SAPIR.

Une première séance de travail est prévue pour le 6 juin 1956. Pour toutes adhésions, demande de renseignements ou communications, s'adresser au Dr Pierre ABOULKER, hôpital Saint-Louis, Paris, 10^e.

Directeur-gérant : Olivier GARAND.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1956 (2^e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371

Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 89.247. — 1956